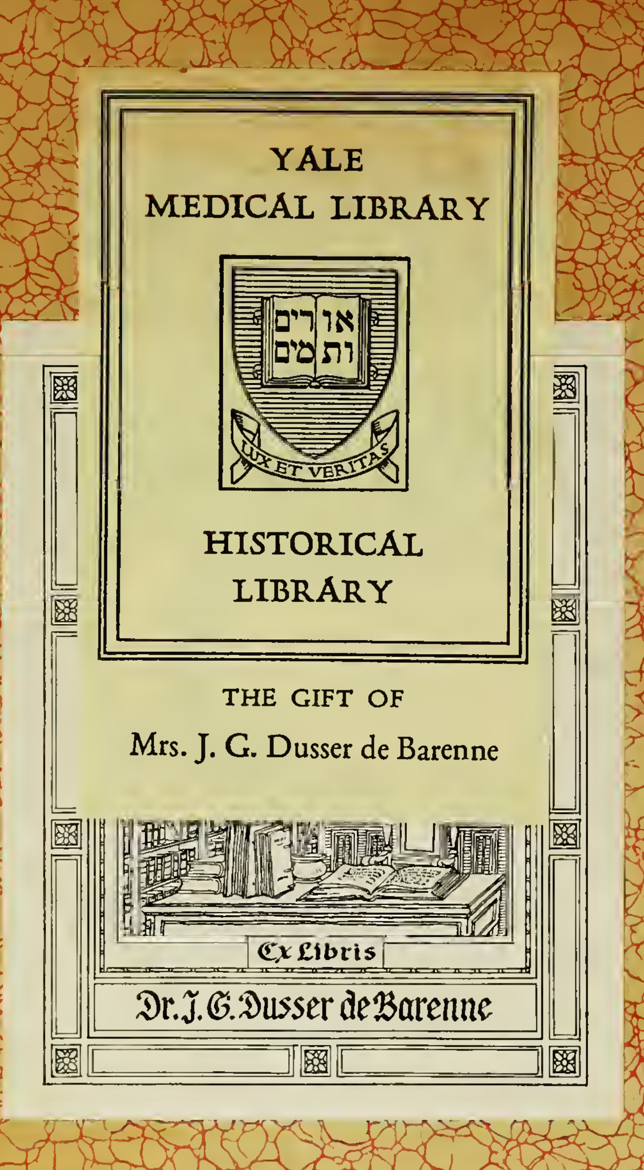
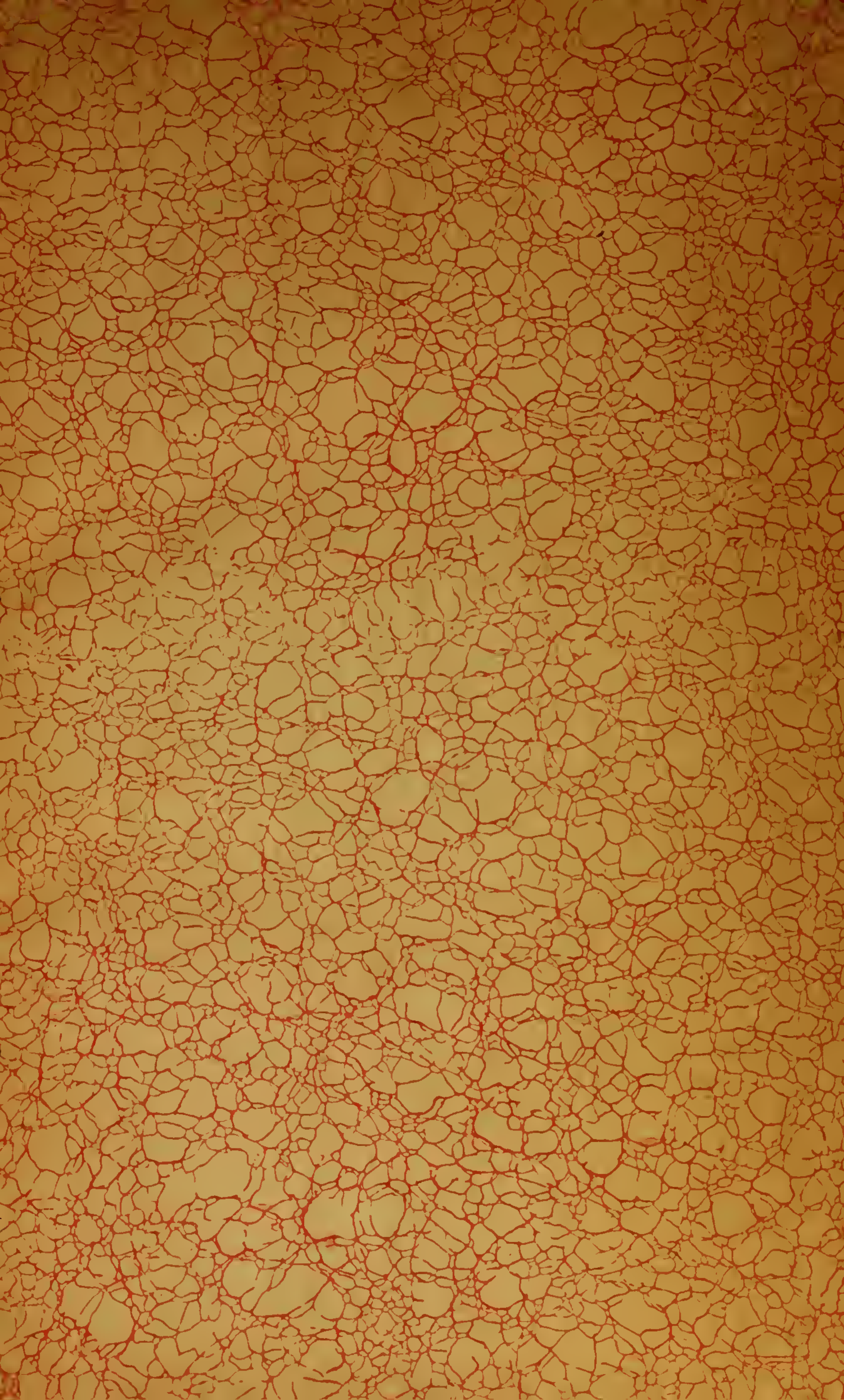



YALE
MEDICAL LIBRARY
אורים ותמים
LUX ET VERITAS
HISTORICAL
LIBRARY
THE GIFT OF
Mrs. J. G. Dusser de Barenne
Ex Libris
Dr. J. G. Dusser de Barenne



DIAGNOSTIK

DER

GEISTESKRANKHEITEN

FÜR

PRAKTISCHE ÄRZTE UND STUDIERENDE

VON

ROBERT SOMMER

O. PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT GIESSEN.

ZWEITE, UMGEARBEITETE UND VERMEHRTE AUFLAGE.

MIT 39 ILLUSTRATIONEN.

URBAN & SCHWARZENBERG

BERLIN
NW., DOROTHEENSTRASSE 38/39.

WIEN
I., MAXIMILIANSTRASSE 4.

1901.

Vorwort zur ersten Auflage.

Die vorliegende Schrift soll weder ein „Lehrbuch“, noch ein „Compendium“ sein, d. h. nicht eine mehr oder weniger ausführliche Uebersicht über den Stand der Wissenschaft. Während der Verfasser eines Lehrbuches sich Mühe giebt, alles möglichst vollständig und übersichtlich zu registriren, war ich darauf bedacht, alles wegzulassen, was für die psychiatrisch-diagnostischen Aufgaben des praktischen Arztes nicht in Betracht kommt.

Vor allem lag mir daran, die diagnostischen Gedankengänge, die wir in praxi wirklich gehen, zum Verständnis des praktischen Arztes zu bringen, oder vielmehr seiner Erinnerung an die früher gehörte Klinik zu Hilfe zu kommen. Es handelte sich mir also nicht um eine vollständige Registrirung des Wissens, sondern um einen Unterricht in der Methode der psychiatrischen Diagnostik. Diese Uebung im Diagnosticiren wird nun, wenn man einigermaassen einen Ersatz für die Wirklichkeit der Klinik bieten will, am besten erlangt durch eine kritische Analyse von thatsächlich beobachteten Fällen.

Allerdings kann ein derartig beschaffenes Buch weder die wirkliche Klinik ersetzen, noch mit den eigentlichen Lehrbüchern der Psychiatrie in Concurrenz treten, wohl aber wird es vielleicht dem in der psychiatrischen Klinik unterrichteten Arzt oder Studenten ein Uebungsbuch für die Praxis sein können.

Die Hauptgefahr für den Arzt bei der Auffassung von psychiatrischen Bildern besteht, wie es bei der öfteren Lectüre von psychiatrischen Gutachten praktischer Aerzte deutlich wird, darin, dass nach der oberfläch-

lichen Aehnlichkeit die einzelnen Fälle in eine bestehende Kategorie gebracht werden, mit der sie blos symptomatische Verwandtschaft haben. Wenn z. B. ein Mann im mittleren Alter hypochondrische Ideen bekommt und gleichzeitig Gedächtnisschwäche zeigt, so wird er leicht wegen des ersten Symptoms unter die Kategorie Hypochondrie gebracht werden, während vielleicht eine genaue Untersuchung tabische Symptome gezeigt und die Diagnose auf progressive Paralyse sichergestellt hätte.

Oder wenn jemand an Gehörstäuschungen mit Wahnbildung erkrankt, so wird er nach der symptomatischen Aehnlichkeit für paranoisch erklärt werden, während die richtige Beachtung des Tremors auf die alkoholistische Ursache der acuten Geistesstörung geführt hätte. — Darauf kommt es mir nun vor allem an, zu zeigen, wie die psychiatrischen Diagnosen nur aus kritischer Abwägung der Symptomencomplexe, nicht aber blos aus der Aehnlichkeit einzelner Symptome mit bestimmten Krankheitsbildern abgeleitet werden müssen. Vielleicht bedeutet diese Art der Behandlung einen kleinen Fortschritt auf dem Wege von der rein symptomatischen zur pathogenetischen Auffassung der Krankheiten, welchen die Psychiatrie ebenso wie die anderen Fächer der klinischen Medicin zu gehen hat.

Als Grundlage für diese analytische Arbeit stand mir das reiche Krankengeschichtsmaterial der psychiatrischen Klinik in Würzburg zur Verfügung. Ich habe allerdings davon grösstentheils nur selbst beobachtete Fälle verwendet. Andererseits habe ich aus meiner Thätigkeit als Nervenarzt diejenigen Beobachtungen herbeigezogen, welche geeignet erschienen, den psychischen Factor der körperlichen Krankheiten, speciell der durch Trauma bedingten, für den praktischen Arzt ins richtige Licht zu setzen. — Illustrationen sind ausschliesslich zur speciellen Verdeutlichung der analysirten Fälle, nie als blosse Schemata oder Typen verwendet worden. Für die Bereitwilligkeit zu ihrer Herstellung glaube ich der Verlagsbuchhandlung meinen Dank aussprechen zu müssen.

Die allgemeine Psychopathologie ist in dem Buche zwar nicht in extenso, wohl aber, wenn auch nur theilweise, implicite enthalten. An einigen Punkten habe ich allgemein-psychopathologische Auseinandersetzungen eingestreut, und zwar an denjenigen Stellen, an welchen sie durch die darauffolgenden Analysen specieller Krankheitsbilder die richtige Beleuchtung bekommen konnten. Dem Kundigen wird es nicht entgehen, dass ich dabei einige eigene Ansichten, z. B. über die Verknü-

pfung psychopathischer Symptome, in eine einfache didaktische Form gekleidet habe, ohne irgend welche Polemik zu treiben, welche für den Lernenden ganz werthlos gewesen wäre. Zu dem Weglassen eines besonderen Theiles über allgemeine Psychopathologie bewog mich auch folgender Umstand. Es existirt schon seit 1888 für die Hörer der hiesigen psychiatrischen Klinik ein von Herrn Professor *Rieger* verfasster gedruckter Leitfaden, welcher, abgesehen von einer kurzen Classification der Geisteskrankheiten, wesentlich nur die allgemeine Psychopathologie behandelt. Dieser Leitfaden wird nunmehr wohl veröffentlicht werden.

Den Grundstock des Buches bildet eine Reihe von Vorlesungen, welche ich in den Herbstferien 1892 vor einer Anzahl von Aerzten und Studenten in zwei aufeinanderfolgenden Cursen über Neurologie und Psychiatrie, oder kurz über Psychoneurologie, gehalten habe.

Möge das aus dem Leben gegriffene Buch dem praktischen Arzte ein Leitfaden sein!

Würzburg, März 1894.

Robert Sommer.

Vorwort zur zweiten Auflage.

Die wesentliche Aenderung des vorliegenden Buches bei der zweiten Auflage besteht in der Angliederung einer allgemeinen Diagnostik. Es sind in dieser eine Anzahl von Ausführungen, die sich schon früher bei der Analyse bestimmter Krankheitsbilder nothwendig gemacht hatten, herausgehoben und im grösseren Zusammenhang ergänzt worden.

Die Hauptschwierigkeit bestand darin, von der allgemeinen Symptomenlehre nur so viel zu geben, als zur diagnostischen Anleitung unbedingt erforderlich ist. Ebensowenig wie die bisher vorliegende Schrift ein systematisches Lehrbuch darstellen sollte, kann es die Aufgabe einer allgemeinen Diagnostik sein, eine vollständige Symptomatologie zu geben. Es handelt sich nicht um Aufzählung der ganzen Summe von psychopathologischen Erscheinungen, sondern um Darlegung der Art und Weise, wie man in den wirklichen Krankheitsfällen zur Erkenntnis der wesentlichen Symptome gelangt. Es sollen dem Praktiker, der vor diagnostische Aufgaben gestellt wird, zugleich mit den einfachen Untersuchungsmethoden die Gesichtspunkte gezeigt werden, von denen aus er die complicirten Erscheinungen der Wirklichkeit auffassen und in ihre wesentlichen Bestandtheile zerlegen kann.

Sollte es mir gelungen sein, den analytischen Charakter des Buches auch in dieser allgemeinen Diagnostik zum Ausdruck zu bringen, so hoffe ich, dass das Ganze als einheitliches Werk betrachtet werden wird.

Giessen, 1. August 1900.

Robert Sommer.

INHALTS-VERZEICHNIS.

I. Theil.

Seite

Allgemeine Diagnostik . . . 1—131

Einleitung.

Die Beziehungen der Psychiatrie zur Naturwissenschaft und Psychologie 1— 14

A. Untersuchung des körperlichen Zustandes . . 15— 60
- I. Untersuchung der morphologischen Abnormitäten . 15— 35
- II. Untersuchung der Muskelzustände . . . 35— 43
- III. Untersuchung von Reflexen . . . . 43— 60

B. Entwickelung und Entstehung der Krankheit . . . 60— 76
- I. Die Erhebung der Anamnese . . 60— 63
- II. Erforschung der Ursachen . . . . . . 63— 66
- III. Feststellung der hereditären Belastung . . 66— 72
- IV. Begriff der Degeneration . . . 72— 76

C. Untersuchung der psychischen Vorgänge . . . . . 77—131
- I. Die negativen Symptome . . . . . . 77— 80
- II. Die Unterredung mit dem Kranken . . 80— 82
- III. Prüfung der Sprache . . . . 82— 84
- IV. Bewusstsein, Selbstbewusstsein und Orientirtheit . . . . . 85— 94
- V. Gedächtnis . . . . . . 94— 97
- VI. Schulkenntnisse . . . . . 98— 99
- VII. Rechenvermögen . 100—104
- VIII. Untersuchung der Schrift . . . . . 104—107
- IX. Sinnestäuschungen und Wahnideen . . . . . 107—110
- X. Beeinflussbarkeit . 110—111
- XI. Associationen . 111—117
- XII. Stimmungsanomalieen . . . . 117—120
- XIII. Störungen des Willens . . . . . 120—122
- XIV. Der Begriff des Zwanges in der Psychopathologie 123—127

Schluss.

Zusammenfassendes Schema zur Untersuchung von Geisteskranken . . . . . 127—131

II. Theil.

Specielle Diagnostik . 133—401

Einleitung.

Die Gruppierung der Geisteskrankheiten . . . 135—138

A. Geistesstörungen mit nachweisbarer Veränderung der Hirnsubstanz 138—261
- *I. Mit anatomisch, beziehungsweise morphologisch nachweisbaren Veränderungen* . . . . 138—227
  1. Die progressive Paralyse . 138—168
  2. Tumor cerebri . . 168—181
  3. Apoplexie und Erweichung . 181—185
  4. Hirnabscess . . . . . . 185—188

Seite
5. Senile Hirnatrophie . . . 188—195
6. Durch organische Hirnkrankheit bedingte Formen der Idiotie . . . 195—219
a) Hydrokephalie . . . 196—202
b) Mikrokephalie . . . 202—210
c) Porenkephalie . . . 210—219
Anhang: Cretinismus . . . 219—227
II. Mit chemisch bedingten Veränderungen . . . 228—261
1. Intoxicationen . . . 230—248
a) durch Alkohol . . . 230—244
b) durch Morphium . . . 244—247
c) durch Cocain . . . 247—248
2. Autointoxicationen . . . 248—254
a) Urämie . . . 248—250
b) Myxödem . . . 250—252
c) Morbus Basedowii . . . 252—254
3. Infectionen bei . . . 254—261
a) Typhus abdominalis . . . 254—256
b) Erysipel . . . 256—257
c) acutem Gelenkrheumatismus . . . 257—258
d) Abscess . . . 258—259
e) im Puerperium . . . 259—260
f) Lyssa humana . . . 260
Anhang: Fieberdelirien . . . 260—261
B. Geistesstörungen ohne nachweisbare Veränderung der Hirnsubstanz . 261—401
1. Die genuine Epilepsie . . . 262—280
2. Die psychogenen (hysterischen) Zustände . . . 281—304
3. Die Zwangsvorstellungen . . . 304—310
4. Die Melancholie . . . 311—321
5. Die Manie . . . 321—328
6. Die hallucinatorische Verwirrtheit . . . 328—337
7. Der hallucinatorische Wahnsinn . . . 337—344
8. Die Katatonie . . . 344—357
Die endogenen Formen des Irreseins . . . 357—401
I. Die endogenen Anfälle von Geistesstörung . . . 357—366
Das periodische Irresein . . . 358—366
II. Die degenerativen Formen des Irreseins . . . 367—401
1. Der angeborene degenerative Schwachsinn . . . 367—376
2. Der primäre Schwachsinn . . . 377—389
3. Die originäre Paranoia . . . 389—390
4. Die Paranoia tarda . . . 390—401
Schlusswort . . . 402

I. THEIL.

Allgemeine Diagnostik.

EINLEITUNG.

Die Beziehungen der Psychiatrie zur Naturwissenschaft und Psychologie.

Auf Grund der Anschauung, dass das Geistige und Körperliche unvereinbare Gegensätze sind, ist das seelische Leben noch lange Zeit als völlig ausserhalb der Naturwissenschaft liegend betrachtet worden, als diese die mechanische Welt schon zu erforschen begonnen hatte. Der cartesianische Dualismus, der durch seine scharfe Scheidung der materia extensa und substantia cogitans diese Trennung in schärfster Weise vornahm, hat die methodische Behandlung seelischer Phänomene zunächst mehr gehindert als gefördert, wenn auch in der Betonung der Selbstwahrnehmung des Denkens ein wichtiger Ausgangspunkt für eine auf Erfahrung beruhende Seelenlehre gegeben war.

Es kann hier nicht unsere Aufgabe sein, die ganze Entwicklung der empirischen Psychologie, welche sich an dieses cartesianische Problem anknüpft, genauer darzustellen. Nur muss ein allgemeiner Satz, der sich bei der geschichtlichen Betrachtung aufdrängt, hervorgehoben werden. Dieser lautet: Erst nachdem das seelische Leben im allgemeinen als Gegenstand methodischer Naturbeobachtung betrachtet worden war, konnte eine wissenschaftliche Psychopathologie als Theil der allgemeinen Naturwissenschaft entstehen.

Allerdings wird eine solche Wissenschaft nach der ersten Periode, in der wesentlich bereits fertige Methoden aus den vorher schon behandelten Gebieten der Normal-Psychologie übertragen werden, dann ihren eigenen Weg gehen, und wird sich eigene Methoden schaffen, welche ihren besonderen Zwecken angepasst sind. Es handelt sich um das fortschreitende Eindringen naturwissenschaftlicher Arbeit in Gebiete des geistigen Lebens, die im Sinne der früher herrschenden dogmatischen Seelenlehre als etwas Unbegreifliches jenseits der Grenzen natürlicher Erkenntniss lagen.

Diese Betrachtung scheint nun wenig Beziehung zu den Aufgaben zu haben, welche an den Praktiker im Gebiete der Geisteskrankheiten herantreten, und doch lassen sich aus ihr eine Anzahl von methodischen Regeln ableiten, die durchaus geeignet sind, die diagnostische Erkenntniss in den einzelnen Fällen der Praxis zu fördern.

Es entspringen nämlich gerade aus dem Mangel unbefangener Naturbeobachtung den Geisteskranken gegenüber und aus der Einschränkung der

diagnostischen Fragen auf einige Begriffe aus dem Gebiete der Classification der Geisteskrankheiten Fehler und Irrthümer die bei methodischer Feststellung des Wahrnehmbaren vermieden werden könnten.

Der Diagnostiker darf nicht mit einigen schematischen Begriffen aus der so rasch wie die Mode sich umbildenden Lehre von den „Krankheitsbildern" an seine Aufgabe herangehen, sondern soll den Geisteskranken in allen seinen Erscheinungen und Aeusserungen wie ein Object der Naturwissenschaft beobachten.

Nur dieser Geist reiner Betrachtung kann nach der Hochflut classificatorischer Versuche und zusammenfassender Darstellungen, die nach wenigen Jahren wieder geändert werden müssen, das wissenschaftlich Werthvolle festhalten und dem Lernenden das Hilfsmittel verschaffen, das ihm nöthiger ist als ein künstliches System von Krankheitsformen: nämlich naturwissenschaftliche Methode.

Geht man in dieser Weise an den Geisteskranken, dessen Zustand erforscht werden soll, heran, so ist derselbe zunächst wie jeder andere in der Natur vorkommende Körper in Bezug auf Ausdehnung, Form, Schwere, Oberflächenbeschaffenheit, Constitution der Theile zu betrachten.

Daraus folgt zunächst die Nothwendigkeit einer gründlichen körperlichen Untersuchung, die auch bei Fällen, in denen scheinbar nur rein psychische Störungen vorliegen, nicht vernachlässigt werden darf.

Hier werden die nahen Beziehungen ersichtlich, welche die psychiatrische Diagnostik zur inneren Medicin im allgemeinen und zur Neurologie im besonderen hat.

Nur auf dem Boden der allgemeinen medicinischen Wissenschaft kann die klinische Psychiatrie gedeihen und zur diagnostischen Verwerthung der Resultate gelangen, welche aus der psychopathologischen Analyse gewonnen werden. Die Anwendung der Untersuchungsmethoden, welche im Gebiet der inneren Medicin ausgebildet sind, ist eine Theilaufgabe der naturwissenschaftlichen Behandlung der Psychiatrie.

Das naturwissenschaftliche Princip, das wir bei der psychiatrischen Diagnostik festhalten, erfordert, dass die Form und Constitution des Objectes, d. h. die äussere Erscheinung und körperliche Beschaffenheit des Geisteskranken möglichst genau bestimmt und methodisch gemessen wird; dabei müssen praktisch vier Arten von Erscheinungen auseinandergehalten werden.

1. Die im wesentlichen unveränderlichen Formen des Baues, welche von der Anlage des Knochensystems abhängen.

2. Die in geringem Grade veränderliche Beschaffenheit der äusseren Bedeckungen, welche von der Blut- und Säftefüllung, sowie dem Ernährungszustand der Haut abhängt.

3. Die rasch veränderlichen Erscheinungen, die durch willkürliche oder unwillkürliche Muskelspannungen zustande kommen.

4. Die Constitution des Körpers und seiner Organe.

Die nächste Beziehung zur körperlichen Medicin ist also schon durch das allgemein naturwissenschaftliche Princip der psychiatrischen Diagnostik gegeben.

Dem entsprechend müssen bei der Untersuchung zunächst die morphologischen Zustände eingehend berücksichtigt werden. Eine Anzahl von

Streitfragen im Gebiet der Degenerationsanthropologie würden vermuthlich schon geklärt sein, wenn die Beobachter diesen Punkt gleichmässig berücksichtigt hätten.

Auch dem Praktiker wird es möglich sein, wenn ihm auch zu genauen Körpermessungen keine Zeit bleibt, wenigstens einige Maasse betreffs Körperlänge und Schädelform zu nehmen, den Bau des Körpers, besonders des Schädels, in kurzen Zügen zu beschreiben. Wir müssen die morphologischen Methoden in einem gesonderten Capitel behandeln.

Sodann ist die Beschaffenheit der Oberfläche, besonders der Ernährungszustand der Haut genau zu beschreiben. Im Zusammenhang hiermit empfiehlt es sich, das Körpergewicht wenn irgend möglich festzustellen. Dieses spielt in der praktischen Psychiatrie eine vielleicht noch grössere Rolle, als in der inneren Medicin. Bei der Untersuchung der Körperoberfläche ist die Eigenschaft, welche bei der physikalischen Betrachtung aller Körper von grösster Wichtigkeit ist, die Wärme zu beachten. Es kommt dabei einerseits die Wärmeabgabe in Betracht, wie sie mit dem Thermometer am Kranken gemessen wird, andererseits die localen Differenzen, wie sie häufig als nervöses Symptom vor allem an den Extremitäten auftreten. Die Unterlassung genauer Temperaturmessung kann zu sehr schlimmen diagnostischen Irrthümern Veranlassung geben, besonders wenn es sich um Psychosen bei Infectionskrankheiten handelt, wobei manchmal Fieber einige Zeit das einzige wahrnehmbare Symptom der schweren körperlichen Krankheit ist. Auch kann die Feststellung des Fiebers bei einer ausbrechenden Tobsucht bei Ausschluss anderer körperlicher Krankheit auf die epileptische Natur der Störung leiten. Ferner macht sich bei Delirium tremens das Auftreten von Nierencomplicationen meist durch Abnormitäten der Temperatur (Te.-Steigerungen, gelegentlich von abnormal niedrigen Temperaturen unterbrochen) bemerklich. Sodann ist bei den als Delirium acutum bezeichneten und gefürchteten Fällen leichtes Fieber oft die erste Erscheinung, welche den Uebergang des zuerst scheinbar functionellen Krankheitsbildes in die Periode rasch zunehmender Verwirrtheit mit Prostration andeutet.

Kurz die Temperaturverhältnisse können in der Diagnostik der Psychosen ebenso wichtig sein wie bei vielen körperlichen Krankheiten und sind in allen Fällen zu berücksichtigen.

Bei der Untersuchung des Ernährungszustandes fallen oft vasomotorische Besonderheiten in das Auge. Der rasche Wechsel von Blässe und Röthe, scharf umschriebene Röthungen der Haut, Unterschiede der Hautröthungen zwischen rechts und links, besonders am Gesicht, treten öfter hervor und sind als Zeichen starker Empfindlichkeit des vasomotorischen Systems zu bemerken. Diese Erscheinungen können gelegentlich in Verbindung mit anderen Zeichen nervöser Erreglichkeit als differentialdiagnostisches Moment für die hysterische oder epileptische Natur einer Psychose in Betracht kommen.

Das Gleiche gilt für die reflectorisch nach Bestreichen der Haut auftretenden, abnorm starken Contractionen oder andauernden Paresen der Blutgefässmusculatur, die sich als intensiv weisse oder rothe Streifen geltend machen (Dermographie).

Neben den vasomotorischen Erscheinungen lassen sich öfter secretorische Abnormitäten feststellen. Man achte besonders auf die Schweissabsonderung, die als nervöses Symptom unabhängig von der Zimmer-

temperatur auftreten kann. Dabei ist häufig ein partieller Charakter der Erscheinung ersichtlich. So sitzen z. B. die Schweissperlen gelegentlich nur an der Stirn oder an der Oberlippe, manchmal sind die Erscheinungen einseitig. Vor allem ist die Beziehung des Phänomens zu Affecten, besonders Angst, im Auge zu behalten. In der Reconvalescenz von Angstpsychosen kommt es vor, dass sich leichte Rückfälle, die gelegentlich durch äussere Momente ausgelöst werden, sofort durch Schweissausbruch verrathen. Diese Erscheinung wird als Zeichen einer noch vorhandenen abnormen Reizbarkeit des Nervensystems praktisch und therapeutisch sehr beachtet werden müssen.

Mit den secretorischen Anomalieen, welche sich olfactorisch verrathen, ist bei Mangel an Untersuchungsmethoden in Bezug auf die Zusammensetzung des Schweisses diagnostisch nichts anzufangen. Immerhin verdient es erwähnt zu werden, dass sich manche Geisteskranke, anscheinend besonders solche, die mit Muskelspannungszuständen behaftet sind, selbst bei häufiger Behandlung mit Bädern durch einen eigenartigen Geruch auszeichnen. So sonderbar auch die Vorstellungen sind, welche sich in einem Seitengebiet der Psychologie über olfactorische Aeusserungen des Seelenwesens gebildet haben, so kann doch an der Thatsache solcher secretorischer, durch den Geruch wahrnehmbarer Anomalieen vom Standpunkt der einfachen Erfahrung nicht gezweifelt werden. Jedenfalls gehört es bei Ausschaltung aller Hypothesen zur Vollständigkeit, derartige Erscheinungen unbefangen zu registriren.

Bei einer Anzahl von Geistesstörungen, speciell Verblödungsprocessen, machen sich ferner Anomalieen der Speichelsecretion bemerkbar, die ebenfalls noch ganz unerforscht sind, aber gerade deshalb im einzelnen Fall der Feststellung bedürfen.

Nach Untersuchung der vasomotorischen und secretorischen Erscheinungen ist die Aufmerksamkeit auf die Beschaffenheit der willkürlichen Innervationen zu richten. Wir müssen hier im allgemeinen auf die Wichtigkeit der gründlichen Untersuchung der Muskelzustände und Innervationsverhältnisse hinweisen. In der Entwicklung der psychiatrischen Diagnostik spielt dieser Punkt eine bedeutende Rolle. Eine Anzahl von wichtigen Fortschritten, z. B. in der Lehre von der fortschreitenden Paralyse, sind lediglich der Entdeckung motorischer Erscheinungen, die vorher übersehen waren, zu verdanken.

Es sollen zunächst wie bei rein neurologischen Fällen die verschiedenen Muskel- und Nervengebiete durchuntersucht werden. Besonders ist auf die Innervationsverhältnisse der Kopfnerven zu achten. Dabei ist in noch höherem Grade als dort die Symmetrie der Innervationen in Betracht zu ziehen.

Ich mache schon hier für die psychiatrische Betrachtung auf einen Punkt aufmerksam, der bisher wenig beachtet worden ist, nämlich das gleichzeitige Vorhandensein von Abnormitäten der Innervation und von morphologischen Abnormitäten speciell im Schädelbau auf der gleichen Seite derart, dass die schwächer entwickelte Seite auch die geringere willkürliche Innervation zeigt. Die Feststellung des gleichzeitigen Vorhandenseins dieser Anomalieen ist besonders in den Fällen wichtig, bei denen es sich um die Frage handelt, ob solche Differenzen der Innervation infolge leichter Parese einer Seite im späteren Leben entstanden sind. Das oben erwähnte Zusammentreffen deutet in solchen Fällen auf angeborene Verhältnisse und ist gegen die spätere Entstehung zu verwerthen.

Den grössten Theil der dabei in Betracht kommenden Untersuchungsmethoden müssen wir hier als bekannt voraussetzen. Neben den in der Neurologie behandelten Paresen, Spasmen und klonischen Zuständen der einzelnen Nervengebiete kommen jedoch für die Psychiatrie noch eine Reihe von Muskelzuständen in Betracht, die eine gesonderte Behandlung verdienen, da sie für die Diagnose gewisser psychischer Krankheitsformen wichtig sind. Wir wollen diese in einem besonderen Capitel betrachten.

Ebenso sind die reflectorischen Verhältnisse eingehend zu untersuchen. Auch dieser Punkt verlangt im Hinblick auf die Schwierigkeit der Untersuchung bei Geisteskranken eine ausführliche Darstellung.

Sodann ist die gründliche Untersuchung der inneren Organe mit den Methoden der physikalischen Medicin erforderlich. Dabei ist die Untersuchung der Abscheidungen, speciell des Urins, mit den üblichen Methoden vorzunehmen. Eine Anzahl von Fehldiagnosen bei Psychosen infolge von Autointoxication (Urämie, Diabetes) würden vermieden werden, wenn diese einfache Regel streng befolgt würde. Auch kann bei plötzlich auftretenden Tobsuchtsanfällen der Befund von Eiweiss im Urin auf die epileptische oder alkoholistische Natur der Psychose leiten.

Ebenso erweist sich zur Diagnose der mit Verwirrtheit verlaufenden Fälle von Typhus abdominalis und Meningitis cerebrospinalis die sorgfältigste körperliche Untersuchung als Voraussetzung, da das gewöhnliche Bild dieser Krankheiten durch die Psychose sehr verwischt sein kann.

Die Vollständigkeit der körperlichen Untersuchung gehört zu den ersten Voraussetzungen einer psychiatrischen Diagnostik, die wirklich naturwissenschaftlich sein will. Erst auf dieser Grundlage kann die Analyse der psychischen Symptome einen wahrhaft klinischen Charakter bekommen.

* * *

Wir wollen nun versuchen, den methodischen Bestrebungen in der Psychopathologie ihre Stellung in der Entwicklung der Psychologie, deren Theil jene ist, anzuweisen. Wenn es auch den Rahmen des vorliegenden Buches weit übersteigt, die Ausgestaltung der empirischen Psychologie aus den schon bei *Cartesius* vorhandenen Ansätzen darzustellen, so müssen wir doch die Arbeitsrichtungen der Gegenwart wenigstens bis zu dem Punkt zurückverfolgen, in welchem sich aus jener die Anfänge der wissenschaftlichen Psychopathologie ergeben haben.

Diese Wendung geschieht in Deutschland in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts und lässt sich als nothwendige Folge des Zusammentreffens zweier Momente erkennen. Diese waren*:

1. Die empirische Psychologie, wie sie sich in Deutschland aus dem vereinigten Einfluss von *Locke* und *Leibniz* in Verbindung mit der Entwicklung des Gefühlslebens herausgebildet hatte.

2. Das Interesse am Pathologischen, welches nach Ueberwindung der literarischen Periode, die in den „Leiden des jungen Werther“ ihren classischen Ausdruck gefunden hat, eine mehr wissenschaftliche Form annahm.

Wir müssen zunächst die Eigenart der empirischen Psychologie jener Zeit hervorheben. *Locke* hatte neben der äusseren Erfahrung,

* Zu der folgenden Darstellung vergl. *Sommer, Locke's* Verhältniss zu *Descartes*, 1887, und Grundzüge einer Geschichte der deutschen Psychologie und Aesthetik, 1892

die schon in der cartesianischen Physiologie eine grosse Rolle spielte, unter Weiterbildung des Momentes, welches bei *Cartesius* in der Selbstwahrnehmung des Geistigen gegeben war, die innere Erfahrung als Erkenntnissquelle betont und zugleich versucht, die Begriffe aus Sinnesempfindungen abzuleiten. Schon in der Verfolgung dieser Ideen wurde ein Gebiet betreten, welches dicht an die Psychopathologie angrenzt. Es ergab sich nämlich die Frage, in welcher Weise die Begriffe bei Mangel an bestimmten Sinnesempfindungen geschädigt seien, und man fing an, die psychischen Erscheinungen bei Blinden und Taubstummen zu untersuchen. Das praktisch wichtige Resultat dieser Untersuchungen, deren Zusammenhang mit den Problemen der empirischen Psychologie deutlich zutage tritt, bestand darin, dass diese Kategorieen von abnormen Menschen aus den ungeeigneten Siechen- und Zuchthäusern, in denen sie vorher untergebracht waren, herausgenommen und in besonderen Anstalten untergebracht wurden. Ferner lässt sich erkennen, dass alle Fortschritte in dem Unterricht und der Behandlung dieser an Defecten von bestimmten Sinneswahrnehmungen Leidenden, speciell die Ausbildung der Blindenschrift und der Taubstummensprache, unmittelbar mit dieser Frage der empirischen Psychologie zusammenhängen. Schon hierin tritt das Princip hervor, welches die ganze weitere Entwicklung durchdringt: Erkenntniss der inneren Zustände und Ableitung von praktischen Folgerungen aus derselben.

Die *Locke*'schen Ideen erhielten in Deutschland eine eigenartige Wendung durch die Verbindung mit *Leibnizens* Psychologie. In dieser war den Monaden, aus welchen die Welt zusammengesetzt sein sollte, als wesentliche Eigenschaft die Vorstellungsthätigkeit beigelegt, so dass jede Monade ein mehr oder weniger helles Weltbild vorstellte. Die objective Welt war also, abgesehen von ihrem inneren Charakter, subjectives Phänomen der Vorstellungskraft. Es lag hierin ein individualistischer Zug, der seit der Mitte des vorigen Jahrhunderts in Deutschland nicht nur in der Psychologie[1], sondern auch in der ganzen Entwicklung des geistigen Lebens immer schärfer zum Vorschein kam. Zugleich wurde die empirische Psychologie infolge der Ausbildung des Gefühlslebens immer mehr auf die Betrachtung des Gefühls als Gegenstand der Untersuchung neben dem Verstand und dem Willen hingewiesen. Damit war eine Aenderung in der Werthschätzung des Gefühls und der Leidenschaftlichkeit, die von der cartesianischen Psychologie nur als Störung des intellectuellen Seelenwesens aufgefasst worden war, gegeben. Dieser veränderten Anschauung kam die Psychologie *Leibnizens* sehr entgegen. Da nach dieser eine Empfindung aus einer Summe von Einzelvorstellungen bestand, die nicht mehr gesondert wahrgenommen werden konnten, und jede Vorstellung als Bethätigung der Grundkraft der Monaden erschien, so bedeutete die Empfindung einen Zustand gesteigerter Thätigkeit der Seele. Damit hängt die völlig veränderte Auffassung des Gefühls und der Leidenschaften zusammen, welche seit der Mitte des vorigen Jahrhunderts in Deutschland auftritt und zur Entstehung der als „Sturm und Drang“ bezeichneten Literatur-Periode viel beigetragen hat. Der äussere Ausdruck für die grössere Schätzung des Gefühls ist die Einreihung dieses „Seelenvermögens“ zwischen die schon vorher anerkannten „Verstand“ und „Wille“ als eines selbständigen Gebietes, wodurch die noch jetzt übliche Dreitheilung der Vermögen entstand.

Jedenfalls war die empirische Psychologie durch diese Art der Entstehung und Zusammensetzung auf Gebiete gekommen, welche mit der Psychopathologie im engsten Zusammenhang stehen: auf die Wirkung der Leidenschaften und die individuellen Abweichungen des Gefühlslebens, welche der Selbstbeobachtung viel reicheren Stoff bieten als die Gebiete des abstracten Denkens, die in der rationalen Psychologie des 17. Jahrhunderts behandelt worden waren.

In diesem Stadium kommt nun eine weitere Anregung durch das Interesse am Pathologischen, welches in der Werther-Periode vielfachen literarischen Ausdruck gefunden hat. Das Zusammentreffen dieser beiden Momente und die daraus resultirende Entstehung einer ihrer Aufgabe bewussten, wissenschaftlichen Psychopathologie lassen sich am besten in dem „Magazin für Erfahrungsseelenlehre“ erkennen, welches von *Carl Philipp Moritz* im Jahre 1782 herausgegeben wurde. 1778 war *Herder's* Schrift vom „Erkennen und Empfinden der menschlichen Seele“ erschienen, worin die Forderung einer Individualpsychologie ausgesprochen war. 1779 *Feder's* Untersuchungen über den menschlichen Willen, in welchem der Gedanke einer „Special-Psychologie“ ausgeführt wurde. Hier setzt *Moritz* mit seinem Unternehmen ein, das für die Geschichte der Psychopathologie von grossem Interesse ist.

Wir wollen einige Züge aus dem Magazin für Erfahrungsseelenlehre herausheben, welches für die Kenntniss des Zeitcharakters sehr wichtig ist. Das Magazin trägt das Motto Γνῶθι σαυτόν. Was sind nun die Resultate dieses ernsthaften Bestrebens der Selbsterkenntniss?

Im IV. Bande überblickt *Moritz* die gesammelten Facta und findet die meisten unter der Rubrik: Seelenkrankheitslehre. Seine Redaction wird von Zusendungen, welche Ahnungen, wunderbare Träume, Wahnsinn, Selbstmord, Perversitäten der Gefühle behandeln, überschwemmt. *M.* spricht offen den Wunsch aus, man möge ihm mehr Beiträge zur normalen Psychologie senden, oder wenigstens über der Freude am Krankhaften die Seelenheilkunde nicht vergessen. Der ganze Strom pathologischer Empfindsamkeit, aus welchem sich *Goethe* im Werther zu retten suchte, fliesst jetzt in das Flussbett der empirischen Psychologie. *Moritz* tadelt besonders, dass die eingelaufenen Zusendungen über Seelenkrankheitslehre nur Beschreibungen des „Wahnwitzes“ enthalten. Er will auch Geiz, Spielsucht, Neid, Trägheit als seelische Störung aufgefasst sehen und will Vorschläge zur Heilung dieser Zustände machen. Die theoretischen Resultate von *Moritzens* psychiatrischen Bestrebungen sind gering, weil er in einseitiger Weise von der *Leibniz*'schen Vorstellungslehre ausgeht. „Da nun das Wesen der Seele vorzüglich in ihrer Vorstellungskraft besteht, so muss auch der Ursprung der Seelenstörungen in irgend einer zur Gewohnheit gewordenen unzweckmässigen Aeusserung dieser Kraft zu suchen sein.“ Der Neid wird aus dem Missbrauch der vergleichenden Kraft der Seele erklärt. Die Habsucht liegt in der Verwöhnung der vorstellenden Kraft, sich mit den Dingen ausser sich zu oft zusammen zu denken. „Die vorstellende Kraft des Wollüstigen ist zu sehr auf seinen Körper als Materie geheftet. Man lehre ihn unablässig, den wunderbaren Bau und Zusammensetzung desselben, wodurch er zu Bewegung und Eindruck fähig wird, kennen, und die Einbildungskraft des Wollustigen wird, wenn sie nicht in hohem Grade verderbt ist, gereinigt werden.“ Wir haben hier die ersten kindlichen Anfänge einer deutschen Psychiatrie. (Vergl. *Sommer*, Grundzüge etc., pag. 321—336.)

Man kann über diese ersten Versuche, welche in rationalistischer Weise psychopathische Erscheinungen erklären wollen, bevor dieselben methodisch untersucht waren, lächeln; immerhin ist unverkennbar, dass die Psycho-

pathologie hier auf eine allgemein psychologische Grundlage gestellt wird, und dass die Absicht zur Sammlung und Verarbeitung normaler und pathologischer Seelenvorgänge bewusstermaassen vorhanden ist.

Hier liegen entwicklungsfähige Keime vor, die zur Entfaltung kommen mussten, sobald die empirische Psychologie methodisch an die Aufgabe heranging.

Die weitere Geschichte der Philosophie bedingte es leider, dass diese Versuche vorläufig in Vergessenheit geriethen.

Die *Kant*'sche Philosophie, deren grosse Bedeutung in keiner Weise bestritten werden soll, hat zweifellos eine Menge von Bestrebungen der empirischen Psychologie zunächst unterdrückt und gehemmt.* Durch den individualistischen Charakter, welchen diese seit der Mitte des vorigen Jahrhunderts in Deutschland erhalten hatte schien alle Gesetzmässigkeit psychischer Erscheinungen in Frage gestellt. In der Betonung der a priori gegebenen Nothwendigkeit bestimmter Vorstellungsarten liegt der wesentliche Zug der *Kant*'schen Philosophie, soweit diese sich gegen die empirische Psychologie wendet. Wenn auch im tieferen Sinne gerade dadurch in Verbindung mit *Kant's* phänomenalistischer Grundanschauung, welche ihn mit *Leibniz* und der Weltanschauung seiner Zeit verband, eine weitere Phase der inductiven Psychologie eingeleitet war, so ist zum mindesten durch die Bewunderung der constructiven Grösse seines Werkes die Aufmerksamkeit der philosophisch Denkenden für lange Zeit von den Aufgaben der empirischen Psychologie abgelenkt worden. Thatsache ist, dass eine Menge von Problemen, die mit der Psychopathologie die innigste Fühlung haben, und die im Rahmen der empirischen Psychologie schon aufgestellt waren, nach dem Erscheinen des grossen *Kant*'schen Werkes aus der psychologischen Literatur zunächst fast völlig verschwunden sind und erst allmählich wieder im Lauf des letzten halben Jahrhunderts auftauchen. Dabei macht sich nach *Kant* nicht nur in der Philosophie, sondern auch in den Versuchen, die Natur der Geisteskrankheiten zu begreifen, ein constructiver und weiterhin ein naturphilosophischer Zug bemerklich, welcher dem Geiste der empirischen Psychologie durchaus fremd ist. Als Beispiel dieser philosophirenden Psychopathologie hebe ich die Werke *Heinroth's* und *Ideler's*** hervor, die ganz deutliche Beziehungen zu der Philosophie ihrer Zeit und zu *Kant* aufweisen.

Die analytische Betrachtung der Geisteskrankheiten ist durch diese Richtung wenig gefördert worden, da die Annahme aprioristischer Momente die methodische Beobachtung stört und fälscht. Jedoch konnte die Entwicklung der schon in der empirischen Psychologie des vorigen Jahrhunderts erkennbaren Keime durch die constructive Philosophie nach *Kant* zwar gehemmt, aber nicht erstickt werden. Und auch im Rahmen der Psychiatrie, welche seit dem Beginn dieses Jahrhunderts rasche Fortschritte in der praktischen Behandlung und Unterbringung der Geisteskranken machte, musste die naturphilosophische Richtung zwar vorübergehend zu theoretischen Ausartungen führen, konnte jedoch den Geist der einfachen Beobachtung nicht dauernd lähmen.

---

* Vergl. *Sommer*, Grundzüge etc., pag 337—352.

** Vergl. *Heinroth*, Lehrbuch der Seelenstörungen. 1818. — *Heinroth*, System der psychisch-gerichtlichen Medicin. 1825, pag. 45, 66, 73. — *Ideler*, Anthropologie für Aerzte. 1827, § 11, pag. 33. Aufstellung allgemeiner Denkgesetze u. s. w.

In beiden Gebieten machte sich um die Mitte dieses Jahrhunderts eine Bewegung gegen das Construiren a priori und das Postuliren von allgemeinen Principien geltend, ohne dass diese beiden gleichartigen Aeusserungen ausgesprochene Fühlung miteinander gehabt hätten. Einerseits begann unter dem Einflusse von *Herbart* und besonders von *Fechner* die methodische Analyse von psychologischen Erscheinungen in Angriff genommen zu werden. Diese Richtung erhielt eine wesentliche Unterstützung durch die unterdessen geschehene Ausbildung physiologischer Messmethoden, die in das Gebiet der elementaren Psychologie übertragen wurden. Als Hauptvertreter dieser Richtung ist *Wundt** zu nennen, ohne dadurch anderen Forschern, wie *Elias Müller*, *Ebbinghaus*, *Külpe*, ihr Verdienst schmälern zu wollen.

Während die physiologische Psychologie** sich allmählich ausgestaltete und methodisch entwickelte und auch sonst die Psychologie auf dem Boden der Erfahrung behandelt wurde, ging die Psychopathologie zunächst ohne Zusammenhang damit auf dem Wege der einfachen Beobachtung weiter, besonders gefördert durch die inductive Betrachtungsweise, die sich unterdessen im Gebiet der inneren Medicin auf der Grundlage der Anatomie und Physiologie herausgebildet hatte. Diese naturwissenschaftliche Auffassung der Psychopathologie tritt in bewusster Form in *Griesinger's* Werk*** auf, das den eigentlichen Ausgangspunkt für die weitere Entwicklung der klinischen Psychiatrie gebildet hat. Abgesehen von den Beziehungen zur medicinischen Gesammtwissenschaft, die in diesem Werk gepflegt werden, ist durch *Griesinger's* Arbeiten und Lehrmethode der Geist der exacten Beobachtung in die bis dahin mehr auf praktische Probleme gerichtete Psychiatrie eingedrungen, während gleichzeitig auch die Behandlung dieser von *Griesinger* in neue Bahnen gelenkt wurde. Die ganze weitere Entwicklung der klinischen Psychiatrie scheint von diesem Geist beeinflusst, selbst wenn einzelne der dabei thätigen Persönlichkeiten keine directe Beziehung zu *Griesinger* hatten.

Aus dieser Richtung auf genaue Naturbeobachtung entsprang die Tendenz, psychische Krankheitsbilder genau zu beschreiben, welche in *Schüle's* Werk† den deutlichsten Ausdruck gefunden hat. Mag in diesem auch die Neigung, zusammenhängende Krankheitsbilder darzustellen, öfter dazu führen, dass die wirklichen Schwierigkeiten, die sich der Analyse praktischer Fälle entgegenstellen, scheinbar verschwinden, und mag auch vor dem synthetischen Charakter dieses Buches die analytische Methode im allgemeinen zurücktreten, so wird doch dieses Werk in der Entwicklung der auf Beobachtung beruhenden Psychopathologie einen Ehrenplatz behalten.

Noch deutlicher zeigen den naturwissenschaftlichen Geist eine Anzahl von Monographieen, in denen einzelne Gruppen von Psychosen besonders vom diagnostischen Standpunkt aus behandelt werden. Ich nenne hier nur die Arbeiten von *Kahlbaum* und *Meynert*.††

---

* Vergl. *Wundt*, Grundzüge der physiologischen Psychologie. 4. Auflage 1893.

** Vergl. *Fechner*, Elemente der Psychophysik. 1860. 2. Auflage 1889. — *Fechner*, In Sachen der Psychophysik. 1887.

*** Vergl. *Griesinger*, Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. 1845. 4. Auflage 1876.

† *Schüle*, Handbuch der Geisteskrankheiten. 2. Auflage 1880.

†† Vergl. *Kahlbaum*, Klinische Abhandlungen über psychische Krankheiten. I. Heft: Die Katatonie oder das Spannungsirresein. 1874. — *Meynert*, Die acuten hallucinatorischen Formen des Wahnsinns und ihr Verlauf. 1881.

Es ist zweifellos, dass durch diese Einzelarbeiten, in denen empirische Beobachtung und klinische Synthese vereinigt waren, die Psychopathologie, abgesehen von den besonderen Resultaten, im allgemeinen in methodischer Richtung erheblich gefördert worden ist.

Während die klinische Psychiatrie zunächst ohne Zusammenhang mit den Bestrebungen der experimentellen Psychophysiologie sich ihren Weg auf dem Boden der Erfahrung suchte, erhielt sie eine wichtige Unterstützung aus einem anderen Gebiet der Gehirnpathologie, nämlich aus dem der Sprachstörungen.

Die *Flourens'sche* Lehre, in welcher das Gehirn als Ganzes, als Organ des seelischen Lebens erschien, war zuerst durch die *Broca'*sche Entdeckung, dass gewisse Arten von Sprachstörung durch Erkrankung einer bestimmten Gehirnstelle an der unteren linken Stirnwindung zustande kommen können, ins Wanken gerathen. Die dadurch eingeleitete Lehre von der Localisation verschiedener seelischer Functionen in verschiedenen Gehirntheilen erhielt durch den Thierversuch eine physiologische Unterstützung, als *Hitzig* und *Ferrier* durch die elektrische Reizung der Hirnrinde die Abhängigkeit isolirter motorischer Functionen von einzelnen Theilen derselben feststellten und weiterhin besonders durch *Munk* Ausfallserscheinungen bei umschriebener Zerstörung gewisser Hirnpartieen nachgewiesen wurden. Auf dem so vorbereiteten Boden ging *Wernicke* weiter, indem er die Kenntniss über die Localisation der sprachlichen Functionen* wesentlich erweiterte und die einzelnen Daten über die Sprachstörungen zu einem Schema ausgestaltete, welches eine deutliche Beziehung zu dem physiologischen Vorgang des Reflexes aufweist. Während dieses, in dogmatischer Weise angewendet, zu einer Terminologie führte, welche die Thatsachen in ein Schema von Worten einzwängte, ist dasselbe in vorsichtigen Händen ein wichtiger Anhalt für die methodische Untersuchung geworden und hat in dieser Beziehung eine Bedeutung für die Psychopathologie bekommen. Indem nämlich die im Gebiet der Sprachstörungen gewonnenen Ideen von *Wernicke* zur Erklärung der Geisteskrankheiten und ihrer Formen verwendet wurden**, ergab sich eine Veranlassung, die bei der Untersuchung der Sprachstörungen gewonnenen Methoden in das Gebiet der Psychopathologie zu übertragen. Dieser Fortschritt der Methode ist vom Standpunkt der Erfahrungswissenschaft das Wesentliche an diesem Vorgang, während das erklärende Moment nur den Werth einer die Arbeitsrichtung bestimmenden Hypothese hat.

Sehr erheblich erweitert wurde die Methode der Untersuchung von Sprachstörungen, theilweise in Opposition zu dem theoretischen Bestandtheil von *Wernicke's* Lehre durch *Rieger****, welcher jene auf breiter psychologischer Grundlage aufbaute und dieselben mit den analytischen Bestrebungen der Psychologie in feste Verbindung brachte, wenn er auch die mehr instrumentellen Untersuchungen der Psychophysik dabei unbe-

* Vergl. *Wernicke,* Lehrbuch der Gehirnkrankheiten. Kassel 1881, § 19. Tragweite der Aphasie für das Verständniss der Rindenfunctionen, pag. 199—209.

** Vergl. *Wernicke,* Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen. I. Theil 1894. Psychiatrische Abhandlungen, herausgegeben von *Wernicke.* I. Heft. *Heilbronner,* Aphasie und Geisteskrankheit. 1896.

*** Vergl. *Rieger,* Beschreibung der Intelligenzstörungen infolge einer Hirnverletzung nebst einem Entwurf zu einer allgemein anwendbaren Methode der Intelligenzprüfung. 1888.

rücksichtigt liess. Indem *Rieger's* Untersuchungsmethode auf geeignete Fälle aus dem Gebiet der Psychiatrie übertragen und besonders zur Analyse von Schwachsinnszuständen* verwendet wurde, erhielt diese ohne dogmatische Anwendung von Begriffen aus der Lehre von den Sprachstörungen eine weitere methodische Anregung aus diesem Gebiet.

Unterdessen war die experimentelle Psychologie bei der Variation der Umstände, unter welchen sich bestimmte psychophysische Reactionen verkürzt oder verlängert zeigen, auf ein Gebiet gekommen, welches zum Theil in das der Psychopathologie unmittelbar eingreift, nämlich auf den Einfluss von toxischen Substanzen auf den Ablauf bestimmter psychologischer Vorgänge. *Kraepelin* hat das Verdienst, im Anschluss hieran**, die Psychopathologie mit der experimentellen Psychologie der *Wundt*'schen Schule in engste Fühlung gebracht zu haben. Eine Reihe von Einzelstudien in der Sammlung der „Psychologischen Arbeiten" (1. Band 1895) bezeichnen die einzelnen Stationen bei der weiteren Verfolgung dieses Weges.

Auf dem Boden der klinischen Psychiatrie habe ich dann versucht*** die methodischen Bestrebungen *Rieger's*, *Wernicke's* und *Kräpelin's* zusammenzufassen, sowie durch Ergänzung und Ableitung neuer Methoden aus der Natur des zu untersuchenden Objectes ein System von Methoden zu schaffen.

Neben diesen Bestrebungen, welche auf Verbesserung der Methoden gerichtet waren, müssen die zusammenfassenden Darstellungen hervorgehoben werden, welche in den Lehrbüchern von *Meynert*, *Arndt*, *Scholz*, *Krafft-Ebing*, *Ziehen*, *Kirchhoff*, *Kraepelin* und *Wernicke* vorliegen. Alle diese Arbeiten versuchen trotz grosser Gegensätze im Einzelnen die Psychiatrie auf naturwissenschaftlicher Grundlage aufzubauen.

Wir müssen nach dieser geschichtlichen Betrachtung versuchen, die Grundsätze festzustellen, die sich daraus für die allgemeine Diagnostik ableiten lassen. Dass die nahen Beziehungen zur inneren Medicin und Neurologie sich als nothwendige Forderungen ergeben, sobald man die Psychopathologie als Theil der Naturwissenschaft auffasst, ist oben schon ausgeführt worden.

Es ist weiter zu zeigen, welche Aufgaben der analytischen Psychopathologie im allgemeinen erwachsen und welche Bedeutung dieselbe für die praktische Diagnostik hat. Dabei ergeben sich folgende principielle Forderungen:

1. Die gesammten Erscheinungen und spontanen Aeusserungen der Geisteskranken sind mit allen Mitteln festzuhalten, zu registrieren und zu messen.

2. Methodische Untersuchungen werden am besten nach dem Princip eines physiologischen Experimentes angestellt, indem sowohl Reiz als Wirkung genau bestimmt werden. Der physiologische „Reiz" nimmt allerdings in der Psychopathologie oft sehr complicirte Formen an. So können z. B. akustische, bezw. verbale Momente sehr verwickelter Art, z. B. Fragen, Aufforderungen, Rechenaufgaben, Reizworte für Associa-

---

* Vergl. *Sommer*, Diagnostik der Geisteskrankheiten. 1894, pag. 246—248.

** *Kraepelin*, Ueber die Beeinflussung einfacher psychischer Vorgänge durch einige Arzneimittel. 1892.

*** Vergl. *Sommer*, Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden.

tionsversuche u. s. f. oder optische Erscheinungen, z. B. Bilder, Gegenstände oder vorgeführte Bewegungen verwendet werden. Auch können die psychophysiologischen Reize in complicirten mechanischen Einwirkungen, z. B. passiven Bewegungen, bestehen, so dass die einfachen Reize, wie sie zur Untersuchung von Reflexen verwendet werden, gar keine Aehnlichkeit mehr damit zu haben scheinen. Trotzdem handelt es sich methodisch um den gleichen Vorgang. Auch bei diesen Untersuchungen muss Reiz und Wirkung möglichst genau bestimmt werden.

3. Zu diesen methodischen Untersuchungen sollen Reize gewählt werden, die sich auch auf Normale leicht anwenden lassen. Nur so kann die klinische Psychiatrie mit der experimentellen Psychophysiologie methodisch in engste Verbindung gebracht werden. Ausserdem ist es nur dadurch möglich, die Grenzen des Normalen und Anormalen genauer zu bestimmen. Bei den psychophysischen Paralleluntersuchungen soll besonders versucht werden, die natürliche Gruppirung der Beanlagungen zunächst in Bezug auf die einfachsten Reactionsarten zu finden. Nur dadurch kann allmählich eine für die Psychopathologie brauchbare Individualpsychologie gewonnen werden, welche es erlauben würde, den individuellen Factor in den Krankheitsbildern herauszufinden.

4. Bei allen Untersuchungen sind die zeitlichen Verhältnisse in Betracht zu ziehen. Da die meisten geistigen Vorgänge sich als Reaction auf äussere Reize darstellen und infolge dessen das Reflexschema als typischer Ausdruck des Ablaufes gewählt werden kann, so sind die zeitlichen Verhältnisse der einfachsten psychophysiologischen Reflexe als Ausgangspunkt der vergleichenden Untersuchung zu wählen. Dabei muss der Einfluss veränderter Umstände auf den Ablauf des Vorganges studirt werden. Aber auch bei den Vorgängen, welche infolge grösserer Complicirtheit des Reizes und grösserer Verlangsamung der Wirkung dem Reflexvorgang kaum noch ähnlich erscheinen, ist der Versuch einer Messung der zwischen Reiz und Wirkung verlaufenden Zeit zu machen. Auch bei den spontanen geistigen Aeusserungen ist neben der Qualität derselben ihr zeitlicher Ablauf in Betracht zu ziehen. Das Gleiche gilt für den gesammten Ablauf der Krankheit. Es ist wichtig, die zeitliche Dauer bestimmter Symptome oder Symptomgruppen zu vermerken, ferner auch die symptomatische Zusammensetzung eines Krankheitsbildes in bestimmten zeitlichen Zwischenräumen zu untersuchen. Stets ist neben der Qualität der Erscheinungen ihr zeitliches Verhältniss im Auge zu behalten.

Die Anwendung dieser allgemeinen Grundsätze auf die einzelnen diagnostisch wichtigen psychischen Functionen führt uns zu der methodischen Untersuchung des psychischen Befundes und bedarf einer ausführlichen Behandlung. Hier sei zunächst nur der Grundsatz ausgesprochen, dass die Psychopathologie dann ihre Stellung im Rahmen der Naturwissenschaft am besten bewahren wird, wenn sie die Beziehungen einerseits zur inneren Medicin und Neurologie, andererseits zur analytischen und experimentellen Psychologie immer fester gestaltet.

A. Untersuchung des körperlichen Zustandes.

Untersuchung der morphologischen Abnormitäten.

Als Theilaufgabe der naturwissenschaftlichen Betrachtung Geisteskranker wurde die Untersuchung der morphologischen Zustände hingestellt. Aber nicht nur von dem principiellen Standpunkt, den wir einnehmen, sondern auch unter dem Gesichtswinkel geschichtlicher Betrachtung ist es erforderlich, dieses Gebiet als bedeutenden Bestandtheil der psychopathologischen Forschung hervorzuheben. Dies erscheint um so nothwendiger, als zur Zeit die Bestrebung auf exacte Körpermessung, die in der Bertillonage ihren schärfsten Ausdruck gefunden hat, den Zusammenhang mit der allgemeinen Naturwissenschaft zu verlieren droht und auch praktisch aus den Händen von medicinisch Gebildeten immer mehr in die von rein technisch gebildeten Messbeamten geräth.

Wir wollen daher zur Einleitung dieses Capitels versuchen, die Bestrebungen zur Körpermessung in die Ideenreihe einzuordnen, die sich geschichtlich bei unbefangener Prüfung darstellt. Die Quellen dieser Untersuchungen, die sich jetzt scheinbar als rein mathematisch-technische darstellen, liegen merkwürdiger Weise zum Theil im philosophischen, oder besser psychologischen Gebiet, wenn auch nicht bestritten werden kann, dass die anatomische Richtung, die sich seit dem Wiedererwachen des Interesses für den menschlichen Körper in der Renaissance unaufhaltsam entwickelt hat, mit Nothwendigkeit auf die Analyse der äusseren Formen kommen musste. Es ist jedoch Thatsache, dass die Anatomie bei dem Bestreben, die Zusammensetzung des Körpers, die Lage und Constitution der Theile und die Urelemente des Aufbaues zu erforschen, die Untersuchung der äusseren Form verhältnissmässig wenig gepflegt hat und gerade in den letzten Jahrzehnten unter dem Einfluss der entwicklungsgeschichtlichen Ideen eine vorwiegend mikroskopische Richtung eingeschlagen hat. Andererseits sind gerade für die Betrachtung der äusseren Form immer wieder Anregungen aus dem philosophischen Gebiet gekommen, welche die Beschäftigung mit der Morphologie des Menschen gefordert haben.

Keimartig ist schon in der cartesianischen Physiologie ein Motiv enthalten, welches bei der weiteren Entfaltung besonders in der Psychologie *Leibnizens* zur Untersuchung der äusseren Formen und ihrer Beziehung zu seelischen Vorgängen führte. *Cartesius* hatte

den Sitz der Seele in ein unpaares Organ in der Mittelebene des Gehirns verlegt, da er nach einem Punkt der Vereinigung aller von der Peripherie kommenden Reize und nach einem Ausgangspunkt der Willenserregungen suchte. Die Gründe, weshalb er gerade die Zirbeldrüse wählte, liegen einerseits in seiner psychologischen Auffassung der Affecte als einer Störung der Denkthätigkeit, andererseits in seiner physiologischen Anschauung über die Blutcirculation, die er mit der Affectenlehre in Beziehung zu bringen suchte. Die in die Zirbeldrüse verlegte Substantia cogitans wurde von den Spiritus animales, die in den reichlich bei diesem Organ vorhandenen Gefässen circulirten, bedrängt und leidenschaftlich erregt. Trotz der dogmatischen Trennung von Substantia cogitans und Materia extensa ist hier schon bei *Cartesius* der Gedanke eines Parallelismus physischer und psychischer Zustände implicite gegeben. In der weiteren Entwicklung des cartesianischen Dualismus kommt dieser immer klarer zum Vorschein.

Den künstlichen Theorien des Occasionalismus, wonach bei jeder Gelegenheit durch das göttliche Wesen dem Zustand der einen Substanz entsprechend die andere erregt wird, und der prästabilirten Harmonie, wonach durch einen uranfänglichen Willensact Gottes ein Parallelismus in den Zuständen der beiden Substanzen vorausbestimmt ist, wird im Hinblick auf die einfache Erfahrung der Influxus physicus entgegengesetzt, derart, dass jede psychische Erregung einen physischen Zustand und jeder physische Vorgang einen psychischen Zustand auslösen kann.

Weitere Unterstützung erhielten diese Ideen durch die Monadenlehre *Leibnizens,* der die mechanischen Einheiten der cartesianischen Physiologie zu dem Begriff eines physiologischen Grundelementes umgewandelt hatte, welches nach Abstraction aller körperlichen Eigenschaften einerseits in reiner Vorstellungsthätigkeit bestehen, andererseits die ausgedehnte Welt aufbauen sollte. Trotz der inneren Widersprüche dieser Theorie welche in dem langdauernden Monadenstreit herausgestellt wurden, hat dieselbe doch für die weitere Entwicklung des vorliegenden Problems viel beigetragen. Da jede Monade den Zustand der anderen wiederspiegeln sollte, war der Gedanke der innigsten Wechselwirkung des Geistigen und Körperlichen, das ja ebenfalls aus Monaden aufgebaut erschien, gegeben.

Es lässt sich nun deutlich zeigen, wie diese Idee in der philosophisch-ästhetischen Gedankenreihe der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts zum Ausgangspunkt der physiognomischen Bestrebungen geworden ist. Jeder psychischen Erregung muss ein materieller Vorgang des Gehirns entsprechen, der sich in den äusserlich sichtbaren Formen des Körpers, speciell des Gesichtes wiederspiegelt. Dabei wird von vornherein die Doppelseitigkeit des Problems erkannt, indem einerseits die Form im engeren Sinne, als Ausdruck des angeborenen Baues, andererseits die durch Ausdrucksbewegungen bedingte Erscheinung in Betracht gezogen wird. Wir wollen diese beiden Theile des den psychischen Ausdruck im allgemeinsten Sinne betreffenden Problems als morphologische und motorische Componente desselben bezeichnen.

Neben diesen beiden Arbeitsrichtungen, welche sich auf das Object des Ausdruckes beziehen, je nachdem dieser in angeborenen Formen oder in Muskelzuständen gefunden wird, sind die Lehren über die seelischen

Vermögen für die weitere Entwicklung entscheidend geworden. Dabei spielt zugleich das Suchen nach dem Organ des geistigen Lebens mit. Im Anschluss an *Cartesius*, der in der Zirbeldrüse das Seelenorgan im engeren Sinne erblickt hatte, waren eine Reihe von weiteren Versuchen von anatomischer und physiologischer Seite erfolgt, um das als einheitlich gedachte Seelenvermögen zu localisiren. Der Reihe nach wurden fast alle unpaaren Organe im Gehirn, Balken, Brücke, Kleinhirn u. s. f. als Sitz der Seele in Anspruch genommen, um der Vorstellung eines Sensorium commune, eines vereinigenden Organes, anatomische Form geben zu können. Alle diese Versuche, die in *Sömmering's* Lehre, wonach die Seele in der Flüssigkeit der Hirnventrikel sitzen sollte, ihren letzten Ausdruck gefunden hat, zeigen den gleichen Grundzug. Es wird für die seelische Function, welche als wesentlich betrachtet wird, nämlich die vereinigende Thätigkeit in Bezug auf Sinneseindrücke und das Denkvermögen im allgemeinen, der anatomische Sitz gesucht. Entsprechend den psychologischen Anschauungen über die Beschaffenheit der Seele wechseln die Theorien über den Ausdruck derselben in anatomischen Formen.

Nun ging die Entwicklung der empirischen Psychologie darauf hinaus, an Stelle des einheitlichen rationalen Seelenwesens, welches *Cartesius* als Substantia cogitans bezeichnet hatte, die Vielfältigkeit der Seelenvermögen zu setzen. Wie die starre Einheit des cartesianischen Seelenbegriffes nur in der Annahme eines einzigen Organes als Sitz der Seele anatomisch formulirt werden konnte, so erhielt die Idee der Vielheit der Vermögen ihren anatomischen Ausdruck in der Lehre, dass die verschiedenen Seelenvermögen in verschiedenen Theilen des Gehirnes ihre zugehörigen Organe haben. Diese Lehre knüpft sich wesentlich an den Namen *Gall*.

Neben dem gehirnphysiologischen Theil derselben ist ihre nahe Beziehung zu den physiognomischen Ideen der Zeit unverkennbar. *Gall* schränkt das Problem nicht auf das Verhältnis von Gehirn und Seele ein, sondern findet in der äusseren Form des Schädels den Ausdruck für die relative Entwicklung der darunterliegenden Gehirntheile, die er als getrennte Organe der verschiedenen Seelenvermögen auffasst.

Hier tritt die Frage nach dem Verhältnis von Gehirn und Schädel als Theil des allgemeinen Problems vom Ausdruck der Seelenvermögen in den Vordergrund. Man kann nun bemerken, wie einerseits die allgemeine Idee des Ausdruckes psychischer Vorgänge in äusseren Formen immer wieder auftaucht und entsprechend der Entwicklung der Psychologie sehr verschiedene Formen zeigt, wie andererseits die morphologische und motorische Componente des Problems gesondert behandelt werden, wobei die Frage nach dem Verhältnis von Gehirn- und Schädelwachsthum einen wichtigen Platz einnimmt.

Während die übelbeleumdete *Gall*'sche Phrenologie in Wirklichkeit eine Fülle von wissenschaftlichen Anregungen in sich birgt, sobald man dieselbe nicht dogmatisch, sondern als Arbeitshypothese betrachtet, wurde zunächst in der Reaction gegen eine Menge von Uebertreibungen und Unmöglichkeiten dieser Theorie eine oppositionelle Annahme gemacht, welche die Beobachtung der einfachen klinischen Thatsachen störte und die Wissenschaft fesselte: nämlich die *Flourens*'sche Hypothese, dass das

Gehirn als Ganzes das Seelenorgan sei. Durch diese Hypothese war der Rückfall in einen vergröberten Cartesianismus gegeben. Damit wurden alle Bestrebungen, die auf eine Analyse der Ausdrucksformen hinausliefen, gehemmt und *Gall's* Ideen von vornherein abgewiesen, ohne dass man noch nöthig gehabt hätte, durch Beobachtung und Vergleichung seine einzelnen Hypothesen nachzuprüfen. Zugleich war damit die Beziehung auf die psychologischen Probleme, die einen wesentlichen Punkt der *Gall*'schen Lehre bildete und sich bis dahin, wie man dies z. B. in *Sömmering's* Studien verfolgen kann, als sehr nutzbringend erwiesen hatte, fast völlig ausgeschaltet. Dafür begann die Untersuchung und Messung der morphologischen Zustände sowie das Studium des Schädelwachsthums unabhängig von dem psychophysiologischen Problem Selbstzweck zu werden.

Es zeigen sich nun bei dieser Entwicklung sehr deutlich zwei diametral entgegenstehende Richtungen oder Auffassungsarten. Die eine fasst das Gehirn als das Wesentliche auf und betrachtet den Schädel nur als die Hülle, welche sich in den einzelnen Abschnitten nach dem Druck der darunterliegenden Gehirntheile formt, die andere geht von dem Schädel aus und sucht aus Erkrankungen der Knochen, besonders an den Nähten, die Schädel-, bzw. indirect die Gehirnabnormitäten zu erklären. Vermittelnd steht zwischen beiden Anschauungen die Lehre, dass einerseits ein directer Ausdruck der oberflächlichen Gehirntheile am Schädelknochen vorkommt, dass andererseits ein Einfluss von Knochenerkrankungen auf Form und Function des Gehirns geübt werden kann. Eine wichtige Erweiterung erhielt das Problem durch den Nachweis, dass das Gehirn nicht nur direct durch Druck, sondern auch indirect durch Muskelzug auf die Formation des Schädels einwirken kann. Dadurch war erwiesen, dass Gehirntheile durch Vermittelung von Muskeln Schädelpartien in ihrem Wachsthum beeinflussen können, welche räumlich von jenen getrennt sind.

Während in dieser Weise das Verhältnis des Gehirnes zum Schädel zum Gegenstand der Betrachtung gemacht wurde, ergab sich die Aufgabe, genaue Methoden der Messung speciell des Schädels zu ersinnen. Diese Bestrebungen knüpfen sich vor allem an den Namen *Rieger*. Dieser erfand Instrumente, um die einzelnen Grenzlinien des skelettirten Schädels und des Kopfes am Lebenden auf eine Fläche zu projiciren und dieselben dadurch einer nachträglichen Messung zugänglich zu machen. Während *Rieger* den Weg optischer Projection beschritt, um erst dann zu messen, was dem praktischen Bedürfnis durchaus entspricht, suchte *v. Toeroek* ein System von Schädelmaassen aufzustellen, wobei durch die Vielheit der Maasse die Anwendbarkeit der Methode sehr erschwert ist. Beide Forscher haben das Gemeinsame, dass sie lediglich die Gesammtform des Schädels durch Theilmaasse zu bestimmen suchen, während die analytische Betrachtung der einzelnen Schädelknochen, welche die Form constituiren, bei ihnen eine verschwindende Rolle spielt. Jedenfalls bedeutet diese Richtung besonders in der von *Rieger* vertretenen Form einen grossen Fortschritt in der Entwicklung der morphologischen Untersuchungsmethode.

Neben diesen besonders auf die Beziehung von Gehirn und Schädel gerichteten Studien ging die Entwicklung der Methode allgemeiner morphologischer Messung. Der ganze Körper sollte in seinen Grösseverhältnissen und im Verhältnis der Theile zu einander gemessen und

bestimmt werden. Während diese Aufgabe im Grunde eine ganz allgemeine naturwissenschaftliche ist, erhielt sie zunächst eine Einschränkung durch die Beziehung auf die praktische Criminalistik.

Es hatte sich in diesem Gebiet die Nothwendigkeit einer sicheren Identification rechtbrechender Individuen, die ihre Herkunft zu verheimlichen suchten, ergeben. Von der morphologischen Thatsache ausgehend, dass die Länge bestimmter Knochen bei dem erwachsenen Menschen als feststehend anzusehen ist, hat *Bertillon* ein System von solchen leicht aufzunehmenden Maassen zusammengestellt und eine Registrirmethode erfunden, mit welcher die Individuen durch diese morphologischen Maasse gekennzeichnet und leicht zu identificiren sind. Die Ausgestaltung der von einer einfachen morphologischen Beobachtung ausgehenden Methode trägt einen durchaus mathematischen Charakter, indem für die Individuen Messzahlen eingesetzt sind. Zugleich hat dieselbe nach ihrer praktischen Seite einen rein technischen Zug bekommen. Beide Momente bewirken, dass der Zusammenhang mit der morphologischen Richtung der Naturwissenschaft kaum noch ersichtlich ist und den praktischen Criminalisten, die sich damit beschäftigen, fast gar nicht in das Bewusstsein tritt. Es muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass diese Bestrebung der Identification auf Grund morphologischer Messung in ihrem Ausgangspunkt durchaus mit der Naturwissenschaft und in letzter Linie mit dem psychophysiologischen Problem, dessen Ausbildung wir verfolgt haben, zusammenhängt. Wenn diese Richtung vor einer Entartung zu einer oberflächlichen Technik bewahrt werden soll, muss ihre naturwissenschaftliche Grundlage im Auge behalten und auf dieser folgerichtig weiter gebaut werden. Hierzu ist nothwendig, dass die Untersuchung der morphologischen Zustände bei den rechtbrechenden Individuen im allgemeinen unabhängig von dem praktischen Zweck der Identification als eine Theilaufgabe der Criminalistik anerkannt und methodisch entwickelt wird.

Diese wissenschaftliche Ausgestaltung der morphologischen Untersuchung wird zugleich das beste Correctiv gegen vorzeitige Hypothesen sein, welche als Ausläufer der allgemeinen Idee des psychophysiologischen Ausdruckes in diesem Gebiet entstanden sind.

Wir wollen hier versuchen, den Bestrebungen *Lombroso's* ihren Platz in der Reihe der Ideenentwicklung anzuweisen.

Diese bilden einerseits eine Erscheinungsform der alten Idee des Ausdruckes psychischer Vorgänge in äusseren Formen, unter welchen *Lombroso* in erster Linie morphologische Zeichen versteht. Sodann steckt ein von der anatomischen Seite der Theorie ganz unabhängiges psychologisches Moment darin, nämlich die Idee, dass es Menschen giebt, die durch angeborene Anlage zum Verbrechen getrieben werden.

Nach der morphologischen wie nach der psychologischen Seite hin kann nur die sorgfältige Analyse der einzelnen Fälle vom pathogenetischen Standpunkt Klarheit schaffen.

Nachdem wir versucht haben, die ideengeschichtliche Stellung der einzelnen morphologischen Arbeitsrichtungen zu bestimmen und ihr Verhältnis zu einander zu kennzeichnen, wenden wir uns zu der Darstellung der Methoden, die geeignet erscheinen, morphologische Zustände und Abnormitäten zu bestimmen und zu messen.

Es handelt sich zunächst um die Aufgabe, Erscheinungen am Körper, besonders solche, die durch den Bau bedingt sind, wiederzugeben. Dabei muss im Hinblick auf das Verhältnis von Gehirn und Schädel die Darstellung der Schädelabnormitäten vor allem im Auge behalten werden. Erst nachdem die Forderung der exacten Wiedergabe und Messung erfolgt ist, kann die Frage nach dem Typus einer Form und nach der Abweichung von der Norm auf Grund des genau gemessenen Materials exact beantwortet werden. Hierin liegt eine Kritik der meist sehr unzureichenden Vorstellungen vom Normalen, die häufig der Beurtheilung von Formen zugrunde gelegt werden. Nur die methodische Prüfung und Vergleichung kann aus diesen subjectiven Vorstellungen allmählich Normen machen.

Fig. 1.



Bevor ich auf die Methoden im einzelnen eingehe, betone ich, dass eine Zusammenstellung aller morphologischen Abnormitäten in den Rahmen dieses Buches nicht gehören kann, dass es hier nur darauf ankommt, die Art der Untersuchung zu behandeln und die allgemeinen Gesichtspunkte zu zeigen, von denen aus die diagnostische Schätzung der morphologischen Abnormitäten im einzelnen Fall geschehen soll.

Von den Untersuchungsmethoden dieses Gebietes hebe ich folgende Gruppen hervor:

1. reproductive.
2. eigentliche Messmethoden.
3. Combination von Reproduction mit Messung.

Bei den ersten sind zu nennen:

a) die Beschreibung,

b) die bildliche Reproduction,

c) die plastische Reproduction.

Die Beschreibung, welche in vielen Fällen bei Mangel technischer Mittel angewendet werden muss, hat eine Menge von Fehlerquellen. Die Auffassung der Sprache hat stets etwas Subjectives, in dem Hörenden entstehen oft andere Vorstellungen, als von dem Sprechenden ausgedrückt werden sollten. Für viele feinere Formverhältnisse fehlen der Sprache die kurzen zusammenfassenden Begriffe. Ferner ist oft schon die erste Auffassung einer zu beschreibenden Form mangelhaft. Es werden Theile derselben nicht wahrgenommen, andere in der Auffassung stärker ergriffen, als es dem relativen Werth der Erscheinung entspricht. Kurz die Beschreibung einer Form hat, wie das so häufig bei Sectionsprotokollen hervortritt, oft etwas Fehlerhaftes und muss womöglich durch optische Reproductionsmethoden ergänzt werden.

Fig. 2.



In dieser Beziehung hat früher die Zeichnung eine grosse Rolle gespielt. Jedoch haftet auch dieser selbst im besten Falle der Mangel der völligen Objectivität an, die nur durch rein physikalische Reproductionsmethoden erreicht werden kann. In dieser Richtung hat die Photographie grosse Vorzüge. Dabei ist vor allem zu achten, dass die charakteristischen Formen möglichst plastisch herausgehoben werden, was durch die Art der Beleuchtung sehr unterstützt werden kann. Am

meisten eignet sich schiefe Beleuchtung zur Hervorhebung der Tiefenverhältnisse, nur muss man achten, dass die andere Seite des Gesichtes ebenfalls genügend erhellt ist, um die Einzelheiten sichtbar zu machen. Dies wird am leichtesten durch Verwendung von reflectirenden Flächen, z. B. weissen Papierbögen, erreicht werden. Auch kann eine Verbindung von Tageslicht und Magnesiumblitz zur plastischen Hervorhebung der Einzelheiten benützt werden. Für das Studium der Verhältnisse von Gehirn und

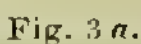


Fig. 3 *a*.

Linke Hand.
(Auf die Hälfte verkleinert.)

Schädel ist die combinirte Photographie beider Theile an der Leiche bei aufgerichteter Stellung des Kopfes und Einstellung der Linse von oben nach unten brauchbar.

Wenn schon bei der Flächenphotographie die Darstellung der dreidimensionalen Verhältnisse im Auge behalten werden muss, erscheint es noch wichtiger, diese stereoskopisch wiederzugeben. Thatsächlich leistet

die Stereoskop-Photographie zur Darstellung der körperlichen Beschaffenheit Hervorragendes und bietet besonders, wenn sie durch die oben erwähnten Besonderheiten der Beleuchtung bei der Aufnahme unterstützt wird, ein ganz realistisches Abbild der Natur.

Als Beispiel gebe ich 1. das Bild eines mit morphologischen Abnormitäten behafteten Mannes (Fig. 1), 2. das Bild eines porencephalischen Gehirnes (Fig. 2).

Fig. 3 *b*.



Rechte Hand.
(Auf die Hälfte verkleinert.)

Ausser der Beschreibung und den optischen Darstellungsmethoden kann man mechanische Mittel verwenden, um einen Körpertheil nachzubilden. Eine einfache Methode zur directen Nachahmung von Formen, die jedoch nur in sehr beschränkter Weise angewendet werden kann, ist der Abdruck, wie er hauptsächlich an den Fingerkuppen, am Handteller und an der Fusssohle hergestellt werden kann. Diese Methode ist bisher

wesentlich nur zur Identificirung im Zusammenhang mit der criminalistischen Messmethode angewendet worden, lässt sich jedoch auch sonst zur Wiedergabe der Linien an den genannten Stellen benutzen. Bisher ist allerdings die Betrachtung der Linien an der Hand mehr ein Spiel des Aberglaubens gewesen. Immerhin liegt demselben ein physiologisches Problem zugrunde, das ohne jede Mystik behandelt werden kann, nämlich wie bestimmte Innervationsverhältnisse die Faltenbildung der Haut beeinflussen, und ob man aus den vorhandenen Linien auf die Eigenarten der Innervation schliessen kann. Es ist daher möglich, dass die Methode des Abdruckes auch ernsthafter Weise angewendet wird, wobei allerdings die Aussicht auf bestimmte Resultate zweifelhaft erscheint. Man kann zu derselben unter anderem Wachs verwenden. Auch in Stanniolblättchen lässt sich ein Negativ der Handoberfläche leicht abdrücken. Am einfachsten und deutlichsten ist die Wiedergabe am berussten Papier, auf welchem der entstandene Abdruck mit Schellack fixirt wird. In der Abbildung (Fig. 3) sind die Differenzen der Linienführung an der rechten und linken Hand deutlich ersichtlich.

Der Abdruck in Wachs geht schon in die eigentlich plastischen Methoden über. Zur Herstellung von dreidimensionalen Negativen, aus welchen man durch Ausgiessen die ursprüngliche Form objectiv herstellen kann, wird am besten eine Masse verwendet, die sich den feinsten Linien und Furchen der Haut anschmiegt. Ich verweise hier auf die Herstellung von Gipsabgüssen im allgemeinen, betone aber, dass in diesem Gebiet der physiologischen Technik noch ein weiter Spielraum für Erfindungen gelassen ist. Je mehr das Interesse an den Ausdrucksformen wieder erwacht, desto mehr wird sich das Bestreben nach plastischer Reproduction morphologischer Verhältnisse wieder geltend machen.

Neben den Versuchen zur optischen und plastischen Darstellung der Formen kommen die eigentlichen Körpermessmethoden in Betracht. Hierbei kann man an die einfachen Manipulationen anknüpfen, die in einigen Gebieten des praktischen Lebens schon vorhanden sind, z. B. bei der Aushebung der zum Militär Tauglichen. Die blosse Messung der Körperlänge und des Brustumfanges genügt jedoch nicht für die Zwecke wissenschaftlicher Morphologie. Diese fordert Messung der wesentlichen Theile des Gesammtkörpers, wobei man leicht zu bestimmende Punkte im Auge behalten muss. Es empfiehlt sich, mindestens folgende Maasse bei aufrechter Stellung des Untersuchten zu nehmen:

1. Gesammtlänge.
2. Entfernung von der auf die Messlinie projicirten Scheitelhöhe bis zum Kreuzbein.
3. Entfernung vom oberen Rande des Sternums bis zum Processus xiphoïdes.
4. Entfernung vom oberen Rande des Sternums bis zur Schambeinfuge.
5. Brustumfang über den Mammillen bei Inspiration und Exspiration.
6. Länge beider Arme vom Acromion bis zur Spitze des Mittelfingers bei nach innen gerichtetem Handteller und gestrecktem Arm.
7. Länge der Unterarme bei gleicher Stellung vom Olekranon bis zur Spitze des Mittelfingers.
8. Länge des Mittelfingers.

9. Länge des zum Mittelfinger gehörigen Metacarpalknochens.
10. Entfernung von der Spina anterior superior des Darmbeines bis zum oberen Rand der Kniescheibe.
11. Entfernung vom Trochanter major bis zum Malleolus externus.
12. Entfernung vom Condylus externus des Femur bis zum Malleolus externus.
13. Länge der Füsse.

Diese Maasse ergeben ein ziemlich klares Bild von der Vertheilung der Körpermaasse im Raum und der relativen Grösse der einzelnen Theile, besonders vom Verhältnis der Extremitäten zum Rumpf.

Die von *Bertillon** angewendeten Maasse sind wesentlich vom Gesichtspunkt der Unveränderlichkeit und genauen Bestimmbarkeit ausgesucht, um die Identification krimineller Individuen zu erleichtern. Sie eignen sich daher zur morphologischen Charakteristik in dem oben entwickelten Sinne weniger. Andererseits wird dessen Messmethode ein Muster und eine Schule für jeden sein, der sich mit morphologischen Bestimmungen beschäftigen will. Ausser den oben genannten allgemeinen Körpermaassen ist es wichtig, eine Reihe von einfachen Messungen am Schädel zu machen. Dabei ist einerseits die leichte Auffindbarkeit der Messpunkte im Auge zu behalten, andererseits muss die Zusammensetzung des Schädels aus einzelnen Knochen, deren relative Grösse und Beschaffenheit nach Möglichkeit bestimmt werden soll, berücksichtigt werden. Nicht in der Vielheit der Maasse, sondern in der leichten Vergleichbarkeit der einzelnen Resultate liegt der Schwerpunkt dieser einfachen Bestimmungen. Dabei ist vor allem auf Asymmetrieen und auf den Zustand der Nähte zu achten.

Ich habe bei den 50 Schädeln der Sammlung der psychiatrischen Klinik in Giessen** folgende Maasse bestimmen lassen:

1. Längendurchmesser (L. D.) gemessen von der Mitte zwischen den Arcus superciliares bis zur Protuberantia occipitalis externa.
2. Umfang (U.) gemessen in einer durch die gleichen Punkte bestimmten Ebene.
3. Sagittalbogen (S. B.) gemessen von den gleichen Punkten.
4. Querdurchmesser (Q. D.) gemessen von den oberen Ansatzstellen der Ohrmuscheln, bezw. von der Schnittstelle des darüber errichteten Frontalbogens mit der Ebene des Umfanges.
5. Frontalbogen (F. B.) gemessen von den gleichen zuletzt genannten Punkten bei horizontaler Einstellung des Längsdurchmessers.
6. Distanz der Tubera parietalia (T. P.).

Neben diesen Maassen soll soweit als möglich das Grössenverhältnis der einzelnen Schädelknochen bestimmt werden, wozu sich folgende auch am Lebenden ungefähr zu ermittelnden Maasse eignen.

7. Länge der Frontalnaht (F. N.).
8. Länge der Pfeilnaht (P. N.).

Als Beispiel gebe ich einige vergleichende Schädelcharakteristiken, wobei die römischen Zahlen verschiedene Messobjecte bezeichnen.

---

* Vergl. *Bertillon*, Das anthropologische Signalement. II. Auflage. Uebersetzt von *Sury*. 1895.
** Geschenk des Herrn Obermedicinalrathes v. Hoelder in Stuttgart.

	I	II		III
1. L. D.	16,7.	15,5		16.
2. U.	51,2.	49,5	{R. 23 L. 26.	48.
3. S. B.	30,3.	29.		31.
4. Qu. D.	15.	14,5.		14,5.
5. F. B.	33.	32.	{R. 15. L. 17.	30.
6. T. P.	15.	13,5.		14.
7. F. N.	12.	11,5.		12.
8. P. N.	12,5.	10,5.		13.

Bei I (Schädelsammlung Nr. 1) ist die linke Coronarnaht bis auf 2 Cm. verknöchert, die rechte normal. An der rechten Lambdanaht *Worms*'sche Knochen. Die Pfeilnaht steht schief von links hinten nach rechts vorn. Die Verlängerung trifft den rechten Canalis lacrimalis. Das rechte Stirnbein und Scheitelbein mehr gewölbt als das linke.

II (Schädelsammlung Nr. 2), rechte Coronarnaht völlig verwachsen, linke nur theilweise und undeutlich sichtbar. Linkes Stirnbein mehr gewölbt als rechtes. Pfeilnaht vorn 2 Cm. lang verwachsen, läuft schief nach vorn, von rechts hinten nach links vorn. Die Verlängerung trifft die Mitte der linken Augenhöhle. Die Nase steht schief nach links.

III (Schädelsammlung Nr. 8) hat keine wesentlichen Abnormitäten.

Es handelt sich also in den ersten beiden Fällen um Verwachsung der einen bezw. im zweiten Fall theilweise auch der zweiten Coronarnaht.

Vergleicht man die Zahlen, so stellt sich Folgendes heraus:

Der dritte Schädel, welcher in Bezug auf die Länge die mittlere Stelle einnimmt, zeigt die grösste Länge der Pfeilnaht (13 gegen 12,5 und 10,5 Cm.) und die geringste Länge des Frontalbogens (30 gegen 33 und 32 Cm.). In diesem Zahlenverhältnis scheint sich der Einfluss auszudrücken, den die in den ersten beiden Fällen vorhandene Verwachsung einer Coronarnaht auf die Gestaltung des Schädels ausübt.

Gleichgiltig, ob man diese Erklärung annimmt oder nicht, ist jedenfalls ersichtlich, dass man durch das Nebeneinander einer beschränkten Zahl von bestimmten Schädelmaassen eine sehr wünschenswerthe Vergleichbarkeit der Resultate erreichen kann.

Wer weniger Gewicht auf die Vergleichbarkeit der Resultate legt, und vielmehr Vollständigkeit der einzelnen Messung im Auge hat, wird am besten aus den Arbeiten *v. Toerock's** Anhaltspunkte erhalten. Um eine Beziehung zu den anthropologischen Messungen zu gewinnen, lassen sich auch die Schädelmaasse zugrunde legen, welche *Benedikt*** verwendet hat.

Von Messinstrumenten ist neben dem Bandmaass und einfachen Zirkel ein Tasterzirkel nöthig, um Axenbestimmungen bei Körpern mit nicht ebener Oberfläche vorzunehmen. Von sonstigen Messinstrumenten weise ich besonders auf den *von Hoelder*'schen Kraniometer hin.***

Während alle diese Methoden darauf hinauslaufen, bestimmte Schädelmaasse abzulesen und zu registriren, wird bei der *Rieger*'schen Projections-

* Vergl. *Aurel v. Toerock*, Ueber die heutige Schädellehre. Internat. Monatschr. f. Anat. u. Physiol. 1892, IX, Heft 2. — Die geometrischen Principien der elementaren Schädelmessungen und die heutigen kraniometrischen Systeme. l. c. Heft 8 u. 9.

** *Benedikt*, Kraniometrie und Kephalometrie. 1888. Zeichenapparat s. pag. 153.

*** Zu beziehen durch Mechaniker H. Strobel in Stuttgart.

methode* durch Uebertragung der einzelnen Umrisse auf ein Messblatt eine optische Reproduction der räumlichen Verhältnisse in einer Fläche gewonnen, so dass nachträglich eine genaue Messung der einzelnen Ebenen vorgenommen werden kann. Hier liegt das Muster einer combinirten Methode zur optischen Reproduction und Messung von räumlichen Verhältnissen vor.** Dieselbe gestaltet sich im wesentlichen folgendermaassen:

Nach genauer Fixirung und Einstellung des Schädels in einer bestimmten Ebene projicirt man zunächst den Umfang auf das Messblatt, indem vertical unter einer Spitze, mit welcher man an dem Object entlang gleitet, ein Schreibstift das Blatt berührt und den Umriss zeichnet. Sodann werden die verschiedenen Bögen über dieser Grundebene durch Bleidraht bestimmt und auf das Messblatt übertragen. Das Verhältnis von Länge, Breite und Höhe sowie die Besonderheiten einzelner Schädelpartien, speciell Asymmetrien, kommen dabei sehr deutlich zum Vorschein und können nachträglich zahlenmässig ausgedrückt werden.

Als Beispiel gebe ich folgendes Schädelmessblatt, welches von dem pag. 32 unter IV (Schädelsammlung des anatomischen Institutes in Giessen Nr. 77) charakterisirten Schädel stammt (Fig. 4).***

Auf demselben ist die Asymmetrie der Stirn- und Scheitelbeinpartien deutlich zu erkennen.

Das gleiche Princip wurde von *Rieger* auch auf Messung am Lebenden übertragen. Dabei wird ein Kupferstreifen† um den Kopf gelegt und sodann durch Bleidraht die Krümmung desselben auf das Messblatt übertragen. Dem entsprechend geschieht die optische Darstellung der anderen Ebenen und Umrisse.

Als Beispiel gebe ich folgendes am Lebenden aufgenommenes Messblatt, welches die Verhältnisse eines hydrocephalischen Schädels sehr gut zum Ausdruck bringt (Fig. 5).

Während bei der *Rieger*'schen Methode die optische Projection und Messung zwei einander folgende Acte sind, kann man beide Momente photographisch noch enger vereinigen, wenn man mit dem Object einen Messapparat photographirt. Dieser kann entweder eine Scala zur blossen Längenmessung sein, oder man wählt ein Netzwerk von bestimmter Grösse der einzelnen Fächer. Man kann dann auf der Photographie, selbst wenn dieselbe ohne Notiz über den Grad der Verkleinerung aufgenommen ist, die wesentlichen Maasse ablesen und eine Reihe von wichtigen Bestimmungen machen.

Allerdings kann die Methode der Photographie mit Einschaltung eines Messsystems streng genommen nur bei ebenen Objecten Anwendung finden, da gekrümmte Oberflächen perspectivische Verkürzungen ergeben, welche durch das projicirte Maasssystem nicht bestimmt werden können. Man wird daher bei unregelmässig geformten Objecten diese Methode nur mit Vorsicht verwenden können. In solchen Fällen empfiehlt es sich, zur plastischen Nachbildung mit nachträglicher Messung zu greifen.

---

* Vergl. *Rieger*, Eine exacte Methode der Kraniographie. 1885, pag. 22

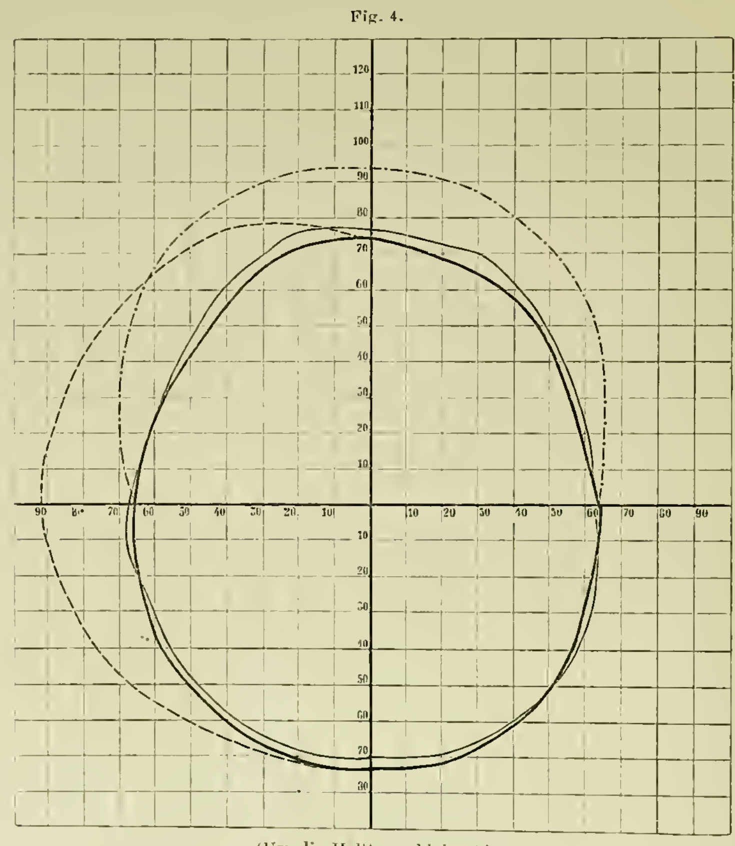
** *Rieger*, Ein neuer Projections- und Coordinatenapparat für geometrische Aufnahmen von Schädeln und anderen Objecten. Centralbl. f. Nervenhk. u. Psychiatr. 1886.

*** Figur 4 u. 5 nach Messblättern, die von Herrn Dr. *Alber*, Assistenzarzt der psychiatrischen Klinik in Giessen, hergestellt sind.

† Früher wurden Gummiringe verwendet. Vergl. *Rieger*, Eine exacte Methode der Kraniographie, pag. 26.

Nach diesen methodischen Bemerkungen wenden wir uns zu den allgemeinen Gesichtspunkten, von welchen die morphologischen Verhältnisse, besonders die Abnormitäten der Form, betrachtet werden müssen. Die wesentliche Aufgabe ist die, zu entscheiden, ob verschiedene morphologische Abnormitäten sich unter einem bestimmten Krankheitsbegriff vereinigen lassen. Die blosse statistische Methode ist in diesem Gebiet unzureichend. Es handelt sich darum, die inneren Zusammenhänge von bestimmten morphologischen Abnormitäten und ihre pathogenetische Wurzel zu finden.

Fig. 4.

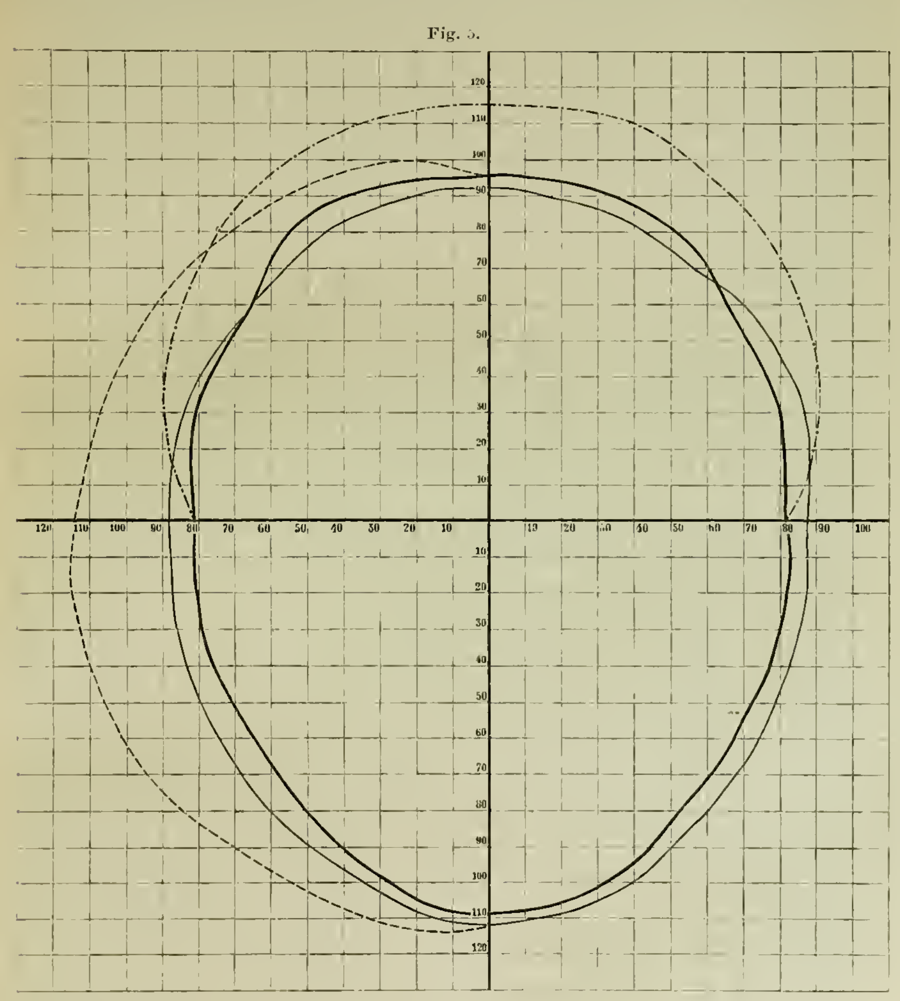


(Um die Hälfte verkleinert.)

Geht man von diesem Princip an das Gebiet heran, so wird in vielen Fällen aus coordinierten „Degenerationszeichen" eine Gruppe von Symptomen, welche auf einen bestimmten Krankheitszustand, der das Individuum in seiner Entwicklung befallen hat, deuten. Gleichzeitig ändert sich der Werth der einzelnen Zeichen, indem die einen als wesentlich, die anderen als accidentell erscheinen. So lassen sich aus den mit Abnormitäten behafteten Kopfformen mehrere herausgreifen, welche zu bestimmten Krankheitsgruppen zusammengehören. Ich nenne z. B. die hydrocephalischen Kopfformen, welche sich durch Ausbuchtungen an

den Scheitelbeinen und an der Stirn auszeichnen, oft durch Ausbuchtung des Orbitaldaches nach unten, wodurch eine Art von Protrusio bulborum entsteht; als Untergruppe die hydrocephalische Kopfform mit Verknöcherung einzelner Nähte, durch welche die Ausbuchtung des Schädels an dieser Stelle verhindert wird und ganz eigenartige Schädelformen zustande kommen. z. B. Keilschädel mit hydrocephalischer Aus-

Fig. 5.



(Um die Hälfte verkleinert.)

buchtung über den Ohren bei Verwachsung der Stirnnaht; ferner die cretinistischen Schädel, die bei normalen Grössenverhältnissen der einzelnen Knochen einen Mangel an Verwachsung und offene Fontanellen im späteren Lebensalter zeigen, analog den anderen Erscheinungen am Skelett, welche wie z. B. der Mangel an Verknöcherung der Epiphysen auf Stillstand der Entwickelung in einem früheren Zustand deuten; sodann die porencephalischen Schädel, welche häufig durch starke Asymmetrie

auffallen, indem die dem Herd entgegengesetzte Schädelhälfte entsprechend der Beschaffenheit der Extremitäten schwächer entwickelt ist.

Auch in Bezug auf die Abnormitäten, die verschiedene Systeme des Körpers betreffen, gilt der gleiche Gesichtspunkt: Es muss versucht werden, ob sich die einzelnen Erscheinungen gruppenweise zusammenfassen und unter einen Krankheitsbegriff bringen lassen. Das einfachste Beispiel bilden die Abnormitäten bei Cretinismus. Hier sind das Knochensystem infolge von Stillstand der Entwicklung und das Hautsystem in Gestalt von Myxödem gleichzeitig gestört und bedingen bei ihrem Zusammentreffen die eigenartige Erscheinung der Cretinen, die besonders am Gesicht deutlich wird. Diese Abnormitäten treten als gleichzeitige und gleichwerthige Krankheitssymptome auf und bilden den wesentlichen Kern des Krankheitsbildes, während eine Reihe anderer Abnormitäten, z. B. Stellung des Brustbeines, Skoliose u. a., nur unwesentliche oder zufällige Nebenerscheinungen sind.

Ich stelle also als Leitmotiv für Betrachtung und Analyse der morphologischen Abnormitäten auf, die gesetzmässige Zusammengehörigkeit getrennter Erscheinungen zu finden und dieselbe aus der Genese, bzw. Pathogenese der Formen zu erklären.

Nach Ausscheidung derjenigen Gruppen, bei denen sich bestimmte Krankheitsprocesse, z. B. Hydrocephalie, aus der Wirkung am Schädel erschliessen lassen, bleiben noch eine grosse Menge von Abnormitäten, die ohne besondere genetische Erklärung einfach als „Degenerationszeichen" aufgefasst und bezeichnet werden.

Auch für diese ist die Forderung zu erheben, dass das Verhältnis der einzenen Abnormitäten zu einander und zu der Gehirnentwickelung festgestellt werden soll.

Dabei müssen wir eine kurze principielle Erörterung anstellen. Jede Form als Gestalt ausgedehnter Materie ist im letzten Grunde das Resultat von Bewegungen. Diese bestehen bei den Knochen, welche die morphologische Erscheinung wesentlich bedingen, einerseits in den Wachsthumsvorgängen, andererseits in der Einwirkung von mechanischen Kräften, die den wachsenden oder fertigen Knochen von aussen beeinflussen, mag dies nun durch die Schwerkraft, Last und Druck oder durch Muskelzug erfolgen. Die Kernfrage bei der physiologischen Betrachtung der sogenannten Degenerationszeichen lautet, ob und welche von diesen Bewegungsvorgängen vom Gehirn abhängen, so dass die Form des Schädels und seiner einzelnen Theile als Symptom eines gleichzeitigen oder in früherer Entwicklungsperiode vorhandenen Gehirnzustandes aufgefasst werden kann.

Es giebt nun drei Arten, wie das Gehirn den wachsenden Schädel beeinflussen kann:

1. durch Druck von innen, wie das an den hydrocephalischen Kopfformen in grober Weise hervortritt;

2. durch Muskelzug, bedingt durch Muskelspannungen z. B. des Sternocleidomastoïdes oder des Temporalis, deren Innervation von bestimmten Gehirntheilen abhängt, welche räumlich mit den vom Muskelzug getroffenen Schädelpartien nichts zu thun haben.

3. Durch nervösen Einfluss auf die Wachsthumsverhältnisse des Schädels.

Von diesen drei Momenten scheint das dritte eine viel grössere Bedeutung zu haben, als bisher angenommen wurde. Es ist mir sehr wahrscheinlich geworden, dass das Wachsthum der einzelnen Schädelknochen, welches an den Nähten geschieht, ganz feste Beziehungen zu bestimmten Gehirnstellen hat, dass Gehirntheile einen trophischen Einfluss auf Partien des Schädelknochens ausüben, deren Wachsthum nach Verletzung bzw. Erkrankung jener stillsteht. Und zwar scheint dieser Einfluss genau wie es neben Entwicklungshemmung der Extremitäten bei Porencephalie hervortritt, ein gekreuzter zu sein, derart, dass die linke Hirnhälfte die rechte Schädelseite und die rechte Hirnhälfte die linke Schädelseite trophisch beeinflusst. Dazu kommt die nachweisbare Thatsache, dass die Störung des Wachsthums an einer Naht das übrige Schädelwachsthum in gesetzmässiger Weise beeinflusst, so dass ganze Reihen von secundären Abnormitäten entstehen. Es lassen sich also Abnormitäten, die scheinbar gleichwertig neben einander stehen, vom physiologischen Standpunkt in der Weise gruppiren, dass ein genetisches bzw. pathogenetisches Grundmoment angenommen wird, von welchem sich die übrigen Erscheinungen als Folgen ableiten lassen.

Diese Art der Betrachtung ist der rein statistischen, welche die Degenerationszeichen am einzelnen Individuum und bei Gruppen von Individuen zählt, völlig entgegengesetzt. Ich werde versuchen, sie in Bezug auf eine eigenartige Gruppe von Schädelabnormitäten hier durchzuführen, da sie von principieller Bedeutung für die Beobachtung und Bewerthung der Degenerationszeichen ist.

In den oben zur Illustration der Schädelmaasse gewählten Beispielen handelt es sich bei den ersten beiden Fällen um einseitige Verwachsung der Coronarnaht, wobei in dem einen Fall die rechte, im anderen die linke Coronarnaht betroffen ist. Es zeigen sich nun neben dieser wesentlichen Störung eine Reihe von anderen, die sich einander morphologisch völlig entsprechen, während sie in Bezug auf die betroffene Seite einander entgegengesetzt sind und zu der Lage der Störung an der Coronarnaht eine gesetzmässige Beziehung haben. An beiden Schädeln ist an der Seite der abnormen Nahtverknöcherung das Stirnbein und das Scheitelbein weniger entwickelt und die Pfeilnaht steht schief, so dass das vordere Ende nach der der verknöcherten Coronarnaht entgegengesetzten Seite weist. Ausserdem ist im I. Fall einseitiges Auftreten von *Worms*'schen Knochen an der Lambdanaht auf der der Nahtverknöcherung entgegengesetzten Seite vorhanden. Diese Abnormität der Pfeilnaht ist wie die Verschiedenheit der Wölbung bei einseitiger Verknöcherung der Coronarnaht auch in den sonstigen von mir bisher gefundenen Fällen ausnahmslos vorhanden. Als Beleg gebe ich zu den oben genauer gemessenen Objecten I und II noch folgende Charakteristik von anderen Schädeln.

III. Schädelsammlung des anatomischen Institutes zu Giessen Nr. 82. Partielle Verwachsung der rechten Coronarnaht. Dieselbe ist erst 5·9 Cm. nach aussen vom Ansatz der Pfeilnaht erkennbar. Linke Coronarnaht sehr gut ausgebildet. Die Pfeilnaht verläuft schief von rechts hinten nach links vorn. Stärkere Verwachsung des äusseren unteren Abschnittes der rechten Lambdanaht. Schaltknochen an der linken Lambdanaht. Starke Vorwölbung der linken Stirnseite. Enorme Vorbuchtung des linken Scheitelbeines. Hier ist die Asymmetrie des Schädels noch viel beträchtlicher als in den früher erwähnten

Fällen. Dabei springt ins Auge, dass neben der rechten Coronarnaht auch die rechte Lambdanaht theilweise von der Störung getroffen ist.

IV. Schädelsammlung des anatomischen Institutes zu Giessen Nr. 77. Verwachsung des oberen Theiles beider Coronarnähte, rechts mehr als links. Das erhaltene Stück der Naht ist rechts 4·8, links 5·2 Cm. von unten gemessen lang. Linkes Stirnbein stärker gewölbt als rechtes. Pfeilnaht vorn etwas nach links gerichtet. Auf der Seite, auf welcher die Verwachsung in grösserer Ausdehnung erfolgt ist, zeigt das Stirnbein die geringere Wölbung.

V. Schädelsammlung des anatomischen Institutes in Giessen Nr. 85. Partielle Verknöcherung der linken Coronarnaht. Dieselbe ist von dem vorderen Ende der Pfeilnaht ca. 3·5 Cm. weit undeutlich erkennbar. Dann kommt eine ca. 5 Cm. lange Verwachsung, dann eine ca. 3·2 Cm. lange Strecke, an welcher die Naht noch erkennbar ist. Die völlige Verwachsung bezieht sich also auf die mittlere Partie.

Rechtes Stirnbein viel stärker gewölbt als linkes, dementsprechend das rechte Scheitelbein mehr gewölbt als das linke. Die Pfeilnaht geht von links hinten nach rechts vorn. Die Verlängerung geht dicht am rechten Stirnhöcker vorbei und trifft den Canalis nasolacrimalis. Viele Schaltknochen an der linken Lambdanaht. Dahinter starke Vorwölbung des Hinterhauptbeines links.

Alle diese Beispiele sprechen dafür, dass mit der Verwachsung einer Coronarnaht, falls diese vor der völligen Ausbildung des Gesammtschädels erfolgt, eine Reihe anderer morphologischer Abweichungen an den Stirn- und Scheitelbeinen, sowie besonders in der Stellung der Pfeilnaht gesetzmässig verknüpft sind, dass also eine Reihe von scheinbar coordinirten Abnormitäten in Wirklichkeit sich in eine wesentliche Störung mit ihren Folgezuständen auflösen lässt. Hat man am skelettirten Schädel erst einen solchen Zusammenhang von Erscheinungen festgestellt, so wird es nicht schwer sein, auch am Lebenden in bestimmten Gruppen von Abnormitäten den wesentlichen Kern von Störung zu finden.

So lässt sich z. B. gerade der oben nachgewiesene Complex von Abnormitäten (geringere Entwicklung eines Stirnbeines und des gleichseitigen Scheitelbeines, mit Schiefstellung der Pfeilnaht) gelegentlich auch am Lebenden nachweisen, wie folgender Fall zeigt.

L. V. 18 Jahre. Vor ¾ Jahren Anfall von Bewusstlosigkeit mit Zuckungen am Kopf, darauf ein Zustand von Halbbewusstsein, in dem er nach Hause geführt wird, ohne die Begleiter zu erkennen. Nachträgliche Amnesie. Vor 4 Wochen zuerst Zustand von Halbbewusstsein, indem er noch mehrere Minuten geht, ohne hinterher etwas zu wissen. Dann Anfall von völliger Bewusstlosigkeit, wobei er hinfällt. In letzter Zeit zweimal Gefühl des Umsinkens mit Schwäche ohne Bewusstlosigkeit und Zuckungen. Früher alle Vierteljahre heftige Kopfschmerzen. Diagnose: Epilepsie. Schädelbefund: Starke Asymmetrie der Stirn. Linkes Stirnbein viel weniger gewölbt als rechtes. Linkes Scheitelbein schwächer entwickelt als rechtes. Die Pfeilnaht ist ca. 3 Cm. lang als Leiste zu fühlen, welche von links hinten nach rechts vorn gerichtet ist. Im Hinblick auf die oben beschriebenen Erscheinungen ist anzunehmen, dass eine geringere Ausbildung resp. eine Verwachsung der linken Coronarnaht vorliegt.

Es soll dies abgesehen von der klinischen Frage, ob die ausbrechende Epilepsie und diese locale Wachsthumshemmung den gleichen Grund in einem Krankheitsprocess haben, welcher das Gehirn früher befallen hat, ähnlich wie sich dies bei der Epilepsie der Hydrocephalischen verhält, zunächst nur ein Beispiel dafür sein, wie sich Sätze, die aus dem vergleichenden Studium skelettirter Schädel gewonnen sind, gelegentlich

auf die Untersuchung am Lebenden übertragen lassen. Das Studium des Schädelwachsthums vom pathogenetischen Gesichtspunkt erscheint geeignet, um Licht in das Gebiet der morphologischen Abnormitäten zu bringen und auch für die Diagnostik am Lebenden die Voraussetzung zu schaffen. Diese beruht zunächst in der Erkenntnis des gesetzmässigen Zusammenhanges von scheinbar unabhängig nebeneinander stehenden Abnormitäten der Form.

Liesse sich nun nachweisen, dass die elementaren Störungen, welche solchen Gruppen von Erscheinungen zugrunde liegen, abhängig von bestimmten Hirnpartien sind, indem diese einen trophischen Einfluss auf das Wachsthum an den Nähten während der Entwicklung der Schädelknochen ausüben, der durch Erkrankung der betreffenden Stellen verloren ginge, so wäre ein weiterer wichtiger Schritt in der Diagnostik cerebraler Zustände aus morphologischen Abnormitäten gethan. Es spricht nun sehr viel dafür, dass ein solcher trophischer Einfluss einzelner Gehirnpartien auf das Wachsthum an den Schädelnähten der entgegengesetzten Seite wirklich existirt, dass also die dritte der oben angegebenen Arten cerebraler Beeinflussung einer Schädelform praktisch eine bedeutende Rolle spielt. Wenn man dieses Problem in Angriff nehmen will, muss vor allem die eigenthümliche Thatsache in das Auge gefasst werden, dass die morphologischen Zustände und die motorischen Functionen häufig eine überraschende Uebereinstimmung zeigen, indem stärkere Ausbildung einer Schädel- oder Gesichtshälfte mit einem Plus von Innervation auf der gleichen Seite zusammentrifft.

Die Beachtung des Verhältnisses morphologischer und motorischer Erscheinungen am gleichen Individuum ist für die psychiatrische Diagnostik sehr wichtig, wenn auch zur Zeit die Verwerthung solcher Erscheinungen für die Annahme bestimmter cerebraler Störungen fast nur in den seltenen Fällen der Porencephalie möglich ist. Jedenfalls muss dieses Zusammentreffen zweier Gruppen von Erscheinungen, die offenbar auf eine gemeinsame cerebrale Ursache deuten, sehr hervorgehoben werden.

Dabei ist auf die weittragende Bedeutung der exacten Untersuchung von Porencephalen hinzuweisen. Bei diesen Krankheitszuständen liegen gewissermaassen Naturexperimente vor, die in einer frühen Entwicklungsperiode geschehen sind und ein Licht auf die Abhängigkeit nicht nur der willkürlichen Innervation, sondern auch des Wachsthums der Knochen und der resultirenden Formen des Körpers vom Gehirn werfen. Thatsache ist, dass in vielen Fällen von Porencephalie nicht nur die Extremitäten, abgesehen von der spastischen Lähmung, eine Entwicklungshemmung zeigen, sondern dass diese vielmehr auch Knochenpartieen des Rumpfes, z. B. die Schulterblätter, den ganzen Schultergürtel, oder den Schädel an der dem Herd entgegengesetzten Seite betreffen kann.

Der genauere Nachweis dieses Satzes würde so sehr in das Gebiet der speciellen Diagnostik führen, dass ich ihn hier unterlassen und nur den allgemeinen Grundsatz für die Untersuchung feststellen will. Die bei Porencephalen nachweisbare Abhängigkeit des Wachsthums der Schädelknochen von der entgegengesetzten Hirnhälfte ist abgesehen von den sonstigen Momenten, die das Knochenwachsthum beeinflussen, wahrscheinlich ein allgemeines physiologisches Princip, das

für die Analyse der morphologischen Abnormitäten am Schädel von der grössten Bedeutung ist. Die bestimmten Gruppen von Erscheinungen zugrunde liegenden elementaren Störungen an den Nähten können durch nervöse Einflüsse oder besser durch Wegfall trophischer Einflüsse von bestimmten Gehirnstellen der entgegengesetzten Seite ausgelöst sein und werden sich vermuthlich immer mehr als diagnostisches Merkmal für pathologische Vorgänge, die während der Entwicklung an bestimmten Hirnstellen geschehen sind, verwenden lassen.

Wieweit diese Anschauung in der Diagnostik der Gruppen von angeborenem Schwachsinn Anwendung finden kann, wird bei der Analyse der speciellen Krankheitsformen erörtert werden.

Hier sei nur nochmals die Aufgabe der allgemeinen Diagnostik in Bezug auf die morphologischen Abnormitäten gekennzeichnet. Unter Einschränkung der statistischen Methode soll versucht werden, die Formen als Resultate von Bewegungsvorgängen mechanischer und trophischer Art physiologisch, bzw. pathogenetisch zu analysiren. Das genaue Studium von einzelnen Fällen mit vorsichtiger Gruppirung gleichartiger Erscheinungen wird hier weiter führen als das blosse Zählen von Erscheinungen, die sich auf pathogenetisch ganz verschiedenartige Fälle beziehen.

Neben den Abnormitäten, welche sich schon jetzt als Symptom früher bestandener Krankheiten auffassen lassen, sind auch die sonstigen morphologischen Abnormitäten nicht nur descriptiv, sondern genetisch zu betrachten. Dabei muss versucht werden, die wesentlichen Störungen in regelmässig zusammen auftretenden Erscheinungen, gewissermaassen die physiologischen Kernpunkte der morphologischen Symptomgruppen zu finden und die Frage zu entscheiden, ob dieselben von bestimmten Hirnpartieen abhängen. Nur auf diesem Wege kann das Studium der morphologischen Abnormitäten allmählich ein Werkzeug der psychiatrischen Diagnostik werden.

Praktisch sind im Hinblick auf die gemachten Ausführungen im wesentlichen folgende Punkte im Auge zu halten:

1. Die morphologische Beschaffenheit und die Maasse des gesammten Körperbaues, vor allem das Verhältnis der Extremitäten zueinander und zum Rumpf. Dabei ist die Frage der Symmetrie zu prüfen.

2. Die Beschaffenheit und die Maasse des Schädels, unter Beachtung des Zustandes der einzelnen Schädelknochen, soweit diese einer Betrachtung zugänglich sind. Dabei ist ebenfalls die Frage der Symmetrie im einzelnen zu erörtern.

3. Das Auftreten von gleichartigen Gruppen morphologischer Abnormitäten.

4. Das Verhältnis von morphologischen und motorischen Erscheinungen, besonders das analoge Verhalten beider Momente auf der gleichen Seite. Dieses Thema ist am besten in Fällen von Porencephalie zu studieren.

5. Die Beziehung bestimmter Gruppen von morphologischen Abnormitäten auf Krankheitsprocesse, welche das Individuum während der Entwickelung befallen haben.

Durch Ermittlung und genaue Registrirung von Daten, welche sich auf diese Punkte beziehen, wird der Praktiker abgesehen von der diagno-

stischen Auffassung im einzelnen Fall an der Entwickelung eines Theiles der Gehirnpathologie mitarbeiten.

Untersuchung der Muskelzustände.

Neben den morphologischen Zuständen sind bei Geisteskranken eine Anzahl von auffallenden Erscheinungen zu beobachten, welche durch Muskelspannungen oder Bewegungen bedingt sind. In der Entwickelung der psychiatrischen Diagnostik hat man eine Reihe von derartigen Wahrnehmungen gemacht, die in bestimmten klinischen Begriffen, z. B. „kataleptisch“, „katatonisch“ u. a. niedergelegt worden sind. Wir gehen jedoch hier nicht von diesen besonderen Bezeichnungen aus, sondern wollen versuchen, die Erscheinungen so darzustellen, wie sie uns bei systematischer Untersuchung entgegentreten.

Es muss zunächst die Stärke und der Spannungszustand der einzelnen Muskelgruppen vor allem an den Extremitäten durch Betasten und durch den Versuch, den Muskel vertical zur Längsaxe zu verschieben, geprüft werden. Hierbei stellen sich die auffallendsten Unterschiede heraus. Muskeln mit grosser Masse können geringe Spannung haben und umgekehrt, Muskeln mit geringer Masse eine starke Spannung. Der Tonus eines Muskels erscheint bei vergleichender Untersuchung als ein gesondertes Moment, welches zu der constructiven Anlage hinzutreten kann. Dabei stellt sich öfters die Thatsache heraus, dass die Zustände verschiedener Muskelgruppen verschieden sind, dass z. B. die Musculatur des Kopfes besonders am Nacken gespannt ist, während Arm- und Beinmusculatur schlaff erscheinen. Sodann ist die Spannung der Antagonisten zu prüfen, zunächst ebenfalls nur durch Betasten und seitliche Verschiebung der Muskelmasse, soweit diese einer Berührung zugänglich ist.

Hat man sich in dieser Weise von den elementaren Constructionsverhältnissen und Spannungszuständen der Musculatur in vergleichender Weise überzeugt, so schliesst man am besten passive Bewegungen der von den untersuchten Muskeln bewegten Körperabschnitte, vor allem der Glieder an.

Hierbei stellt sich heraus, dass manchmal ein starker Widerstand auftritt, während man vorher die Muskeln schlaff gefunden hat, oder dass der Widerstand bei passiven Bewegungen ein geringer ist, während die Muskeln bei Betastung einen kräftigen Tonus gezeigt haben.

Es tritt demnach bei passiven Bewegungen ein weiteres Moment hervor, das mit dem Muskeltonus nicht gleichzuachten ist und in vielen Fällen als psychomotorischer Widerstand gegen passive Bewegungen aufzufassen ist.

An dieser Stelle betreten wir das Gebiet der besonders für psychopathologische Diagnosen wichtigen Muskelzustände.

Prüft man bei dem Versuch, z. B. den Arm passiv zu beugen, in der oben beschriebenen Weise die Spannung der Musculatur, so zeigt sich, dass die Ursache des Widerstandes eine starke Innervation der antagonistischen Muskelgruppe, im besonderen Falle des Triceps ist, während der mit der passiven Bewegung im gleichen Sinne wirkende Muskel, im besonderen Falle der Biceps relativ viel weniger gespannt ist.

Kehrt man die Richtung der passiven Bewegung um, indem man z. B. den Arm passiv zu strecken sucht, so tritt auch in den

Spannungsverhältnissen von Biceps und Triceps eine Umkehrung ein, indem der nunmehr antagonistisch wirkende Biceps stärker gespannt erscheint.

Dieses muskelphysiologische Verhältnis ist nun von differentialdiagnostischer Bedeutung im Gegensatz zu denjenigen Fällen, in denen sich bei passiver Bewegung ebenfalls starke Spannung und Widerstand zeigt, während die genaue Untersuchung eine gleichmässige Spannung aller bei der passiven Bewegung verkürzten oder verlängerten Muskeln herausstellt.

Die letztere Form des Widerstandes gegen passive Bewegungen wird öfter bei cerebralen Herdkrankheiten, besonders ausgedehnten Erweichungen in der Umgebung der motorischen Hirncentren, beobachtet und kann bei ungenauer Untersuchung mit der oben beschriebenen Art, die besonders bei einer bestimmten functionellen Geisteskrankheit (Katatonie) vorkommt, verwechselt werden.

Trotz scheinbarer Aehnlichkeit sind die beiden Zustände pathogenetisch völlig verschieden; in dem einen Falle handelt es sich um psychomotorische Gegenbewegung gegen passive Lageänderungen, im anderen Falle um pathologische Verstärkung des Muskeltonus infolge organischer Hirnkrankheit, wodurch eine Hemmung meist nicht nur bei passiven, sondern auch bei activen Bewegungen bedingt ist.

Man hat die willkürliche Gegenspannung kurzweg als Negativismus bezeichnet, indem man den auf dem sprachlichen Gebiet bekannten Begriff der Negation auf Muskelerscheinungen übertragen hat. Die Berechtigung, Bezeichnungen aus dem Gebiet der Worte auf die Innervationsverhältnisse anzuwenden, kann umsoweniger bestritten werden, als auch sonst bei psychisch Kranken weitgehende Analogieen zwischen sprachlichen und allgemeinen Muskelerscheinungen vorhanden sind. Wir werden auf diesen Punkt später noch eingehen.

Trotzdem wäre es vom Standpunkt physiologischer Induction richtiger, erst einmal die Muskelzustände und Innervationsverhältnisse analytisch zu untersuchen, die Vorgänge ihrer physiologischen Beschaffenheit nach zu benennen und dann erst die Verhältnisse des viel complicirteren sprachlichen Gebietes mit den bei Analyse einfacher Muskelverhältnisse gewonnenen Grundbegriffen zu vergleichen.

Im besprochenen Falle ist dies umsomehr nöthig, als durch die Verwechslung der Begriffe „negativ“ und „negativistisch“, welche trotz der gemeinsamen Wurzel sehr verschiedene Bedeutung angenommen haben, leicht Verwirrung entstehen kann. Während das Wort „negativ“ (z. B. der Kranke verhält sich negativ) nur die Abwesenheit einer Reaction ausdrückt, hat die Bezeichnung „negativistisch“ einen activen Nebensinn gerade durch die Wahrnehmung des willkürlichen Momentes der negativistischen Bewegungen bekommen, bezeichnet also nicht blos die Abwesenheit einer Reaction, sondern eine positive Gegenbewegung gegen eine passive Lageänderung. Mit dieser Beschaffenheit der Erscheinung hängt es zusammen, dass sich bei plötzlichem Loslassen des passiv bewegten Gliedes die antagonistische Muskelspannung in Form einer ihr entsprechenden Bewegung des Gliedes verräth, die dann mehr oder weniger rasch gehemmt wird. Es ist dies gewissermaassen der experimentelle Beweis für die psychomotorische Natur des Widerstandes.

Um völlige Klarheit zu schaffen, welche bei der Darstellung eines Untersuchungsbefundes vor allem nöthig ist, bezeichne ich das oben

herausgestellte Phänomen vom Gesichtspunkt analytischer Muskelphysiologie hier als psychomotorische Gegenwirkung (zu ergänzen gegen passive Aenderung der Lage eines Körpertheiles), wodurch zugleich die Unterscheidung von der aus unwillkürlicher Spannung entspringenden abnormen Hemmung gegeben ist.

Nachdem die Art dieser besonders im Gebiet der functionellen Geisteskrankheiten wichtigen Innervationserscheinung verdeutlicht ist, muss die Localisation des Phänomens in den einzelnen Muskelgruppen in Betracht gezogen werden. Dabei ist im Gegensatz zu der vorschnellen und schematischen Anwendung des Begriffes Negativismus darauf hinzuweisen, dass die Erscheinung der psychomotorischen Gegenwirkung oft in eigenartiger Weise auf einzelne Abschnitte des Muskelsystems verbreitet ist, dass also der zusammenfassende Begriff nur nach einer umfangreichen Untersuchung angewendet werden darf. Es kommen Fälle vor, bei denen der Widerstand gegen passive Bewegungen nur einzelne Abschnitte des Körpers betrifft, z. B. die Kopfmusculatur oder die Musculatur der Beine, während die Musculatur der Arme die beschriebene Gegeninnervation bei passiven Bewegungen nicht aufweist. Ferner ist es wichtig, dass die Energie des Widerstandes in den gleichen Muskelgruppen bei einer Reihe von Untersuchungen stark wechseln kann.

Dabei spielen wie bei allen psychomotorischen Vorgängen die Aufmerksamkeit und die Ermüdbarkeit eine bedeutende Rolle. Allerdings kommen ausgeprägte Fälle von psychomotorischer Gegenwirkung vor, bei denen das Phänomen in allen Gebieten und jederzeit abgesehen von der Zeit des Schlafes vorhanden ist und das ganze Krankheitsbild beherrscht. Trotzdem ist es für die exacte Untersuchung durchaus nöthig anzugeben, in welchen Muskelgruppen man die Erscheinung gefunden hat.

Um aus der unendlichen Zahl von möglichen Versuchen eine Reihe von Momenten herauszugreifen, welche eine Beziehung zu den wichtigsten Körperbewegungen haben, und um eine Vergleichung der Resultate zu ermöglichen, habe ich bei einer grossen Zahl von Fällen das Verhalten bei den folgenden passiven Bewegungen geprüft*:

1. Beugen des rechten Armes.
2. Beugen des linken Armes.
3. Drehung des Kopfes nach rechts.
4. Drehung des Kopfes nach links.
5. Nickbewegung.
6. Zeigefinger zur Nase.
7. Schliessen der Augenlider.
8. Hebung des rechten Armes.
9. Hebung des linken Armes.
10. Beugen des Rumpfes.
11. Beugen des rechten Beines im Knie.
12. Beugen des linken Beines im Knie.

Hiervon beziehen sich Nr. 1. 2. 8. 9 auf verhältnismässig einfache Bewegungen der Arme, welche eine Untersuchung der in Betracht kommenden Musculatur (Biceps, Triceps, Deltoïdes) leicht gestatten.

---

* Vergl. Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden, pag. 14. Nr. 2 u. 8 fehlt hier.

In Nr. 6 wird dazu eine sehr complicirte Bewegung des Armes genommen, da die Erfahrung lehrt, dass Unterschiede vorhanden sind, je nachdem es sich um einfache oder zusammengesetzte Bewegungen handelt.

In der Reihenfolge sind die auf die Arme bezüglichen Prüfungen absichtlich auseinandergestellt, weil manchmal bei passiven Bewegungen eines Körpertheils der Widerstand allmählich wächst. Natürlich können bei der Untersuchung vergleichsweise auch sämmtliche die Arme betreffenden Proben hintereinander ausgeführt werden.

Die Bewegungen des Kopfes betreffen Nr. 3, 4, 5. Diese Proben sind auch rein neurologisch von Bedeutung, weil bei organischen Hirnkrankheiten, speciell Tumoren bei diesen Bewegungen charakteristische Erscheinungen (Schwindelanfälle u. s. f.) öfters auftreten.

Die Gesichtsmusculatur ist nur durch Schliessen der Augenlider in den Bereich der Untersuchung gezogen. Es ist nämlich in diesem Gebiet schwer, antagonistische Muskelgruppen zu finden, die für passive Bewegungen zugänglich sind und deren Spannungszustand leicht ersichtlich ist. Thatsächlich lässt sich hierüber fast nur an den Augenlidern, an denen jede Differenz der Innervation durch die Weite der Lidspalte sofort in das Auge fällt, etwas Bestimmtes aussagen.

Höchstens liesse sich noch an der Stirnmusculatur eine ähnliche Prüfung vornehmen, da hier die Richtungslinie der Innervation leicht ersichtlich ist. Jedoch bieten sich für passive Bewegungen keine bestimmten Angriffspunkte, so dass es sich höchstens empfiehlt, die Stirnmusculatur zur Untersuchung activer Innervationsverhältnisse in Betracht zu ziehen. Thatsache ist, dass in diesem Muskelgebiet, besonders bei Katatonischen, ganz abnorme Spannungen und Bewegungserscheinungen vorkommen.

Von den übrigen Prüfungen beziehen sich Nr. 11 und 12 auf die unteren Extremitäten, und zwar ist im Auge behalten, dass die Untersuchung in Bettlage vorgenommen wird, was für genauere Feststellungen unbedingt nöthig ist.

Die antagonistisch wirkende Kraft, welche der passiven Beugung des Beines bei Rückenlage entgegen wirkt, liegt wesentlich im Quadriceps, dessen Spannungsverhältnisse, ebenso wie die seiner Antagonisten, leicht zu erkennen sind.

Jedenfalls bietet diese Untersuchung am ehesten Aussicht, einwandfreie Resultate über einen Theil der Beinmusculatur zu bekommen.

Will man das Gebiet der Untersuchung erweitern, so ist am besten der Spannungszustand der Unterschenkelmusculatur durch passive Beugung und Streckung des Fusses hinzuzunehmen, besonders da hierbei zugleich das neurologische Phänomen des Fussclonus geprüft werden kann.

Sehr interessant sind in vielen Fällen die Spannungsverhältnisse der Rumpf- und Wirbelsäulenmusculatur jedoch ist es meist schwierig und mit Rücksicht auf den Kranken kaum angängig, längere Versuche nach dieser Richtung vorzunehmen.

Ich habe mich daher in der obigen Zusammenstellung beschränkt, eine in Bettlage leicht auszuführende passive Bewegung, nämlich Beugung des Rumpfes (aus sitzender Stellung des Körpers) aufzunehmen.

Wenn auch die gegebene Reihe von Prüfungen nur einen verhältnismässig kleinen Theil der Möglichkeiten herausgreift, so kann man dadurch wenigstens eine vergleichende Uebersicht über die Innervations-

verhältnisse in den wesentlichen Gebieten, und zwar an Stellen, die zur Feststellung des Muskeltonus geeignet sind, gewinnen und sich vor einer leichtfertigen Verallgemeinerung durch Berücksichtigung mehrerer Innervationsgebiete schützen.

Abgesehen von der psychomotorischen Gegenwirkung sind nun noch andere Muskelerscheinungen zu beobachten, die eine bestimmte Beziehung zu psychopathischen Zuständen haben. Es kommt nämlich vor, dass sich bei Betastung und seitlicher Verschiebung die Musculatur stark gespannt zeigt, dass jedoch der passiven Bewegung kein wesentlicher Widerstand entgegengesetzt wird, während die Glieder oder anderen Körpertheile in der passiv ertheilten Stellung stehen bleiben. Diese Erscheinung (Muskelspannung ohne Widerstand gegen passive Bewegungen mit Verharrung in den ertheilten Stellungen) hat man mit einem Bild, welches aus einem rein mechanischen Gebiet hergeholt ist, als „wächserne Biegsamkeit“ bezeichnet.

Wenn dieses Wort weiter nichts ausdrücken soll, als das Stehenbleiben in einer künstlich ertheilten Stellung, ist es annehmbar. Ein Fehler des Bildes liegt jedoch darin, dass Muskelzustände bei denen sehr wahrscheinlich willkürliche Innervationen eine wesentliche Bedeutung haben, mit einer rein mechanischen Knetung von Formen aus einer halbstarren Masse verglichen werden. Es liegt hier ein Nebenbegriff vor der die physiologischen Thatsachen erheblich entstellt und bei unbefangener Beobachtung als ungerechtfertigt bezeichnet werden muss.

Es ist nämlich anzunehmen, dass dieses „kataleptische“ Festhalten von künstlich ertheilten Stellungen auf einer willkürlichen Innervation beruht, die sich nur durch die Veranlassung und die Dauer, und möglicherweise durch Abwesenheit von Ermüdungsgefühlen von sonstigen willkürlichen Innervationen unterscheidet. In der Zeitdauer der Erscheinung liegt das wesentlich Pathologische des Zustandes, während sich das momentane Festhalten einer passiv entstandenen Stellung auch bei Normalen, besonders Kindern, die man ohne vorherige Mittheilung daraufhin prüft, mehrfach findet. Es scheint in diesen Fällen die Ertheilung einer Stellung als Befehl zu wirken, dem stark beeinflussbare Naturen leicht folgen. In pathologischen Fällen bleiben nun aber diese Haltungen abnorm lange unverändert, während ein Normaler längst durch Ermüdungsgefühle gezwungen worden wäre, von der betreffenden Innervation abzulassen.

Hier erhebt sich nun die psychophysiologisch wichtige Frage, ob es sich um eine Ausschaltung des Ermüdungsgefühls handelt oder um eine pathologische Hemmung derart, dass trotz des Vorhandenseins jener Empfindungen die willkürlichen Innervationen im Sinne der passiv ertheilten Stellung beibehalten werden.

Untersucht man diese Frage methodisch, so stellt sich heraus, dass bei manchen kataleptischen Kranken nach langem Festhalten passiv ertheilter Stellungen deutliche Ermüdungserscheinungen auftreten, dass z. B. der Arm allmählich sinkt, dass compensatorische Bewegungen gemacht werden, um die ermüdeten Muskeln durch andere Gruppen zu unterstützen, dass ferner physiognomisch deutliche Zeichen von Anstrengung auftreten, die sich mit Abnormitäten der Respiration verbinden. Trotz der scheinbaren völligen Starrheit in einer Reihe von Fällen ist es also bei anderen sicher,

dass Ermüdungsgefühle vorhanden sind, deren Wirkung auf die Innervationszustände aber gehemmt ist. Jedoch ist nicht ausgeschlossen, dass es Zustände gibt, in denen eine völlige Ausschaltung der Ermüdungsgefühle besteht. Dies ist vor allem für die allgemeine Muskelstarre im hypnotischen Zustand wahrscheinlich, die vermuthlich auf willkürlicher Haltung bei Aufhebung der Schmerzempfindung und der Ermüdungsgefühle beruht.

Man hat diesen Zustand auch mit dem Wort Katalepsie bezeichnet. Wahrscheinlich hängt der Name ähnlich wie in dem Worte Epilepsie mit λαμβάνειν = fassen, ergreifen — zusammen und bedeutet mit der Partikel κατά einen Zustand des „Festgehaltenwerdens“. Das Wort ist also in der That geeignet, das stereotype Festhalten passiv ertheilter Stellungen kurz auszudrücken, vorausgesetzt, dass man das active Moment in die Willenssphäre des Untersuchten verlegt. Allerdings fehlt der physiologische Begriff der Muskelspannung darin. Um diesen mit auszudrücken, ist in der Psychopathologie das Wort „katatonisch“, „Katatonie“ angewendet worden, welches sich allmählich auf die Bezeichnung einer Krankheitsform eingeschränkt hat.

Die Wurzel hängt mit τείνειν („spannen“) zusammen, welches auch in den elektrophysiologischen Begriffen des Katelectrotonus und Anelectrotonus zur Bezeichnung eines Spannungszustandes verwandt ist.

Durch die Partikel κατά wird ganz wie in dem Wort Katalepsie das „Befallenwerden“ angedeutet.

Katatonie bedeutet also ursprünglich das plötzliche Befallenwerden von einem Muskelspannungszustand. Die allmähliche Erweiterung des Begriffes zur Benennung einer besonderen Krankheitsform wird später beschrieben werden.

Hier handelt es sich nur um die muskelphysiologischen Grundbegriffe und ihren sprachlichen Ausdruck.

Zweifellos ist die einen Spannungszustand bezeichnende Wurzel des Wortes „Katatonie“ besser geeignet, das physiologische Wesen des Zustandes zu bezeichnen, als das Wort „Katalepsie“, und es ist vom Standpunkt einer Terminologie, welche den Ausdruck der physiologischen Grundzustände im Auge hat, zu bedauern, dass das Wort Katatonie allmählich sich ganz zur Bezeichnung einer bestimmten Krankheitsform eingeschränkt hat, obgleich „katatonische“ Haltungen zweifellos auch bei anderen Krankheiten, z. B. progressiver Paralyse, vorkommen.

Man verliert durch diese Einschränkung für die allgemeine Symptomatologie ein zum Ausdruck von psychomotorischen Spannungszuständen sehr geeignetes Wort, welches durch das ältere Wort „kataleptisch“ zwar vertreten, aber nicht inhaltlich aufgewogen wird.

Eine Anzahl von Streitigkeiten über Katatonie kommen lediglich daher, dass der ursprünglich allgemein symptomatische Begriff des Katatonischen von den einen in dieser Bedeutung festgehalten, von den anderen zur ausschliesslichen Bezeichnung einer Krankheitsform eingeschränkt wird.

Es ist im Sinne naturwissenschaftlicher Behandlung nöthig, ohne Rücksicht auf diese Streitigkeiten im einzelnen Falle durch genaue Untersuchung die Art und das Auftreten dieser Spannungszustände von den dargestellten Gesichtspunkten aus zu beobachten und festzuhalten. Die

Bedeutung derselben für die Diagnose bestimmter Krankheitsformen wird im speciellen Theil erörtert werden. Hier handelt es sich zunächst nur um die Methode der Untersuchung.

Zur Prüfung dieses Phänomens kann man die gleichen Versuche verwenden, wie sie in dem Schema der passiven Bewegungen zusammengestellt sind.

Dabei ist es nothwendig,

1. die Dauer dieser Haltungen.

2. die Art des Ueberganges aus der festgehaltenen Stellung in eine andere,

3. die manchmal vorhandenen Ermüdungserscheinungen zu beachten und zu registriren.

Neben den Muskelspannungen, wie sie in den negativistischen und kataleptischen Erscheinungen hervortreten, müssen die spontanen Bewegungen der Kranken beobachtet werden. Dabei stellt sich heraus, dass bei einer Gruppe von Kranken bestimmte Bewegungsreihen stereotyp wiederkehren. Diese Bewegungen können nun entweder den Anschein von zweckmässigen erwecken, indem sie ursprünglich aus einer bestimmten Absicht hervorgegangen und dann zu stereotypen Acten geworden sind. In diesem Fall ist die Unzweckmässigkeit und das Zwangsmässige nicht ohne weiteres aus der Art der Bewegung, sondern nur aus ihrer vielfachen Wiederholung unter ganz verschiedenen Umständen und nach Erreichung des ursprünglichen Zweckes zu erkennen.

Hierher gehört das Einnehmen von starren Stellungen im Sitzen oder Stehen, das automatenhafte Drängen zur Thür das andauernde Kratzen an bestimmten Körperstellen, das vielfache Wiederholen von Handlungen des täglichen Lebens, z. B. Gehen zum Closet, das häufige Hersagen bestimmter Sätze, die ursprünglich etwas Richtiges ausgedrückt haben, allmählich aber ganz maschinenmässig wiederholt werden, die häufige Anwendung bestimmter bei früherer Gelegenheit angebrachter Phrasen in den Briefen, kurz alle jene Iterativ-Erscheinungen, die man im Anstaltsleben bei Katatonischen so häufig sieht.

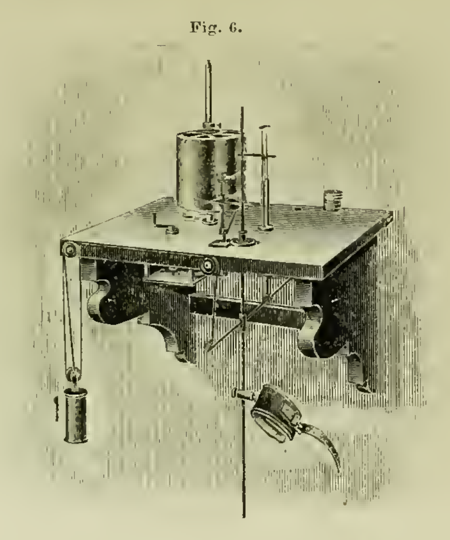
Oder sie zeigen schon in der Art der Ausführung eine völlige Zwecklosigkeit und Zusammenhangslosigkeit, die man mit den Worten „seltsam, auffallend, manierirt“ u. a. auszudrücken sucht.

Hierher gehören die sonderbaren Stellungen und Verdrehungen des Körpers, das fratzenhafte Spiel der Gesichts-, häufig auch der Stirnmuskeln, die vielfache Wiederholung von unsinnigen Worten oder Wortreihen in Sprache oder Schrift wie sich dies alles ebenfalls besonders bei Katatonischen findet.

Man muss im einzelnen Fall versuchen, diesen allgemeinen Eindruck zu analysiren, indem man die Bewegungen sondert und ihre Beziehung zu den anderen Gruppen von Innervationen feststellt. Thatsächlich lassen sich diese Erscheinungen bei sorgfältiger Prüfung in vielen Fällen ebenso auflösen, wie man im Gebiet der reinen Neurologie z. B. eine Form von spastischer Lähmung oder von tonisch-klonischen Krämpfen in die physiologischen Componenten zerlegen kann. Allerdings muss man das Auge und die Aufmerksamkeit erst gewöhnen, ganze Bewegungsreihen mit allen Nebenerscheinungen zu verfolgen. Die persönliche Uebung wird hier neben den mechanischen Methoden, von denen

die Reihenphotographie und die Kinematographie hervorzuheben sind, praktisch eine grosse Bedeutung behalten.

Fig. 6.



Ausser der Beschreibung kommen für die Untersuchung der Muskelzustände die Methoden zur optischen Reproduction in Betracht, welche bei der Behandlung der morphologischen Zustände beschrieben worden sind.

Fig. 7.

Um die Erscheinungen der Katalepsie, die Art des Ueberganges in eine andere Haltung, Ermüdungs- und Zittererscheinungen und andere

Muskelzustände genau zu registriren und messbar zu machen, kann man sich des Apparates zur dreidimensionalen Analyse von Bewegungen der Beine bedienen, den ich an anderer Stelle beschrieben habe* (Fig. 6).

Als Beispiel gebe ich folgende Curven eines mit Zittererscheinungen an den Beinen behafteten Mannes (Fig. 7).

Dieselben sind bei gestreckter Stellung des Beines aufgenommen: die obere Curve zeigt die Erscheinungen in der Hebung, die untere die seitliche Schwankung, die mittlere den Stoss. Die Curven sind von rechts nach links zu lesen.

Jedenfalls verdienen die Muskelspannungen und Bewegungen der Geisteskranken mit allen zu Gebote stehenden Mitteln, mögen diese auf optische Reproduction und Darstellung in Curven durch mechanische Uebertragung hinauslaufen oder in objectiver Prüfung und Beschreibung durch Worte bestehen, eine genaue Untersuchung. Durch die weitere Entwickelung der Untersuchungsmethoden und analytische Betrachtung werden diese Erscheinungen den gleichen Grad von wissenschaftlicher Begreiflichkeit und diagnostischer Verwerthbarkeit erhalten, wie ihn im Gebiet der Neurologie bestimmte Formen von Lähmung und Spasmus schon erlangt haben. Es handelt sich darum, den Weg folgerichtig weiterzugehen, auf dem der Entwickelungsgang der Neurologie geschehen ist: Verdeutlichung und Analyse der objectiven Vorgänge im Muskelsystem zum Zweck diagnostischer Verwerthung.

Untersuchung von Reflexen.

In der psychiatrischen Diagnostik spielt die Untersuchung bestimmter Reflexe eine viel grössere Rolle, als die rein psychologische Auffassung der Geistesstörungen voraussetzen würde. Es zeigt sich gerade in diesem Punkt, dass Psychiatrie und Neurologie einen untrennbaren Zusammenhang haben. Besonders sind die grossen Fortschritte, die in der Frühdiagnose der paralytischen Krankheiten und in der Erkenntnis ihres Wesens gemacht worden sind, wesentlich dadurch bedingt, dass die Aufmerksamkeit auf die Störungen bestimmter Reflexe gerichtet worden ist, welche bei dem Zusammentreffen mit Geisteskrankheiten die Menge der diagnostischen Möglichkeiten entweder erheblich einschränken oder den Ausschlag bei der Diagnose geben können.

Im Hinblick auf die Bedeutung, welche das Studium bestimmter Reflexstörungen in der Entwickelung der psychiatrischen Diagnostik gehabt hat, muss im allgemeinen das Verhalten der Reflexe in allen Fällen von Geistesstörung genau beachtet und möglichst eingehend untersucht werden. Erweist die Untersuchung in dieser Richtung nichts, so ist es nothwendig, dies ausdrücklich namhaft zu machen. Dabei darf nicht nur geprüft werden, ob die Reflexe vorhanden sind, sondern es müssen feinere Abweichungen von der Norm, z. B. ängstliches Zusammenzucken, Widerstandsbewegungen, Muskelspannungen u. s. f. beachtet werden.

Obgleich die Lehre von den Reflexen aus der Physiologie vorausgesetzt werden könnte, wollen wir im Hinblick auf die grossen Schwierigkeiten, welche die Beurtheilung solcher Erscheinungen gerade bei Geistes-

---

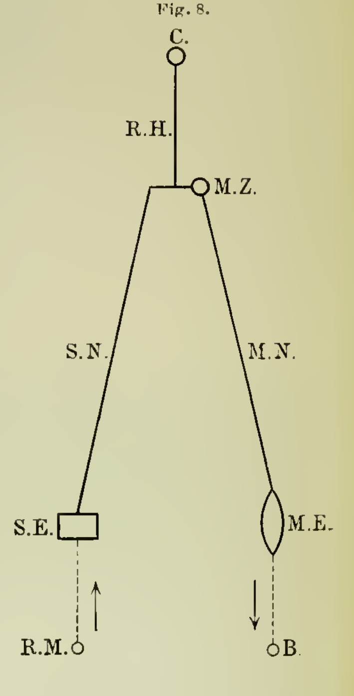
* Vergl. Untersuchungsmethoden, pag. 136.

kranken macht, hier kurz die allgemeinen Gesichtspunkte entwickeln, von denen aus der einzelne Fall methodisch angefasst werden kann. Da praktisch im Hinblick auf die Diagnose der progressiven Paralyse wesentlich die Untersuchung des Kniephänomens und der Pupillenreaction auf Licht in Betracht kommt, empfiehlt es sich, bei der Wahl der Beispiele von den im einzelnen denkbaren Störungen besonders diese beiden im Auge zu behalten.

Geht man von den in Betracht kommenden Nervenapparaten und Momenten aus, so sind folgende Theile gesondert hervorzuheben (Fig. 8):

1. Der vom Reiz getroffene sensible Endapparat (S. E.); dieser scheint bei dem Kniephänomen in der Sehne des Quadriceps zu liegen, auf welche der Schlag ausgeübt wird. Allerdings könnten einige Thatsachen so gedeutet werden, dass nicht die sensiblen Nerven an dieser Stelle das aufnehmende Organ darstellen, von welchem die Uebertragung auf den Quadriceps stattfindet. Es zeigt sich nämlich, dass die Wirkung auf den Muskel stark wechselt, je nach der Spannung, in welcher sich die Sehne befindet. Wenn man den Unterschenkel in den rechten Winkel zum Oberschenkel stellt oder das Bein fast ganz streckt, so ist die reflectorische Innervation des Muskels offenbar schwächer als bei mittlerer Spannung der Sehne. Man könnte das so auffassen, als ob bei ersteren Stellungen die mechanischen Verhältnisse des Muskels für den reflectorisch erregten Quadriceps ungünstiger seien, dass also nicht die sensible, sondern die motorische Seite des Vorganges durch die verschiedene Stellung des Unterschenkels indirect beeinflusst würde.

Fig. 8.



Andererseits könnte man die Erscheinung so deuten, dass der sensible Endapparat gar nicht in der Quadricepssehne läge, sondern in dem Muskel selbst, der durch den Schlag auf die gespannte Sehne gezerrt würde, wodurch ein Reiz der sensiblen Endapparate zustande kommen könnte.

Es kann hier nicht unsere Aufgabe sein, diese physiologische Streitfrage zu erörtern, praktisch ist jedenfalls der Satz festzuhalten, dass man zur Untersuchung des Kniephänomens eine mittlere Spannung des Muskels wählen soll. Auch kann vom praktischen Standpunkt für die weiteren Erörterungen die Quadricepssehne als Gegenstand des den Reiz verursachenden mechanischen Momentes und somit als Träger des sensiblen Endapparates angenommen werden.

Bei dem Pupillenreflex liegt der letztere in der Ausbreitung des Sehnerven am Augenhintergrunde. Sind diese sensiblen Endapparate zerstört, so wird selbst bei Unversehrtheit der übrigen Theile des Reflexbogens eine reflectorische Wirkung unmöglich sein. In diesen Fällen kann aus der Aufhebung des Reflexes ein Schluss auf eine centrale Störung, wie sie besonders für die Diagnose der paralytischen Krankheiten ent-

scheidend werden kann, nicht gemacht werden, es sei denn, dass die peripherische Störung an sich bestimmte Beziehungen zu organischen Nervenkrankheiten hat, wie es bei der Sehnervenatrophie der Fall ist. Abgesehen hiervon müssen die Störungen des sensiblen Endapparates als gleichgiltig für die Diagnose einer reflectorischen Störung im nervenpathologischen Sinne ausgeschaltet werden.

An der Quadricepssehne wird eine solche Störung des Anfangsgliedes der Reihe kaum vorkommen, dagegen giebt es am Augenhintergrund mehrere Momente, die reflectorische Pupillenstarre infolge Zerstörung des peripherischen Apparates bedingen können, z. B. ausgedehnte Blutungen der Netzhaut bei Nierenkrankheiten, Netzhautablösung. Nur, wenn solche peripherische Störungen auszuschliessen sind, kann eine Reflexstörung auf central gelegene Ursachen bezogen werden.

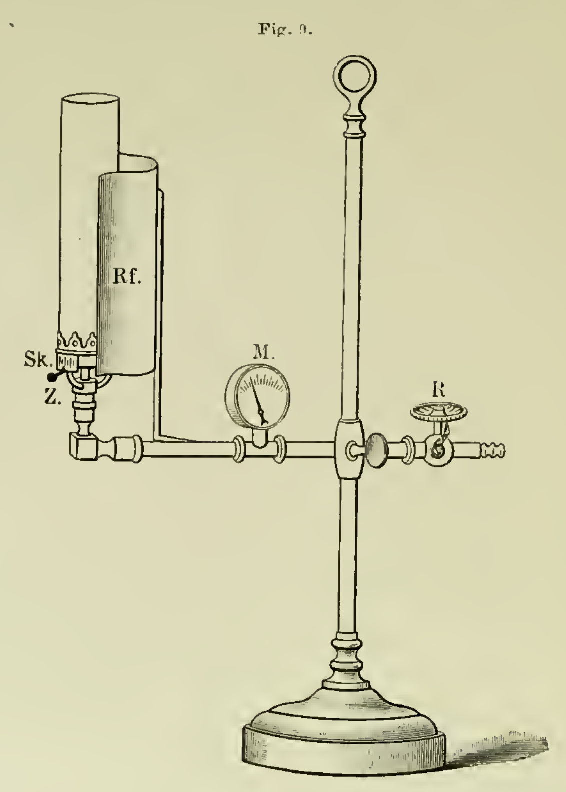
Es wird nun häufig nicht beachtet, dass der Reizzustand des sensiblen Endapparates, der sich reflectorisch auf Muskelapparate überträgt, nicht ohne weiteres dem mechanischen Moment entspricht, mit welchem man bei der Untersuchung jenen zu treffen sucht. Das mechanische Moment ist bei der Untersuchung des Kniephänomens durch den Schlag des Hammers auf die Sehne gegeben, bei der Prüfung des Pupillenreflexes durch eine Lichtquantität, welche in das zu untersuchende Auge eindringt. In beiden Fällen kann das mechanische Moment des Reizes vor seiner Einwirkung auf den sensiblen Endapparat eine Abschwächung erfahren, z. B. an der Kniesehne durch abnorm starke Fettschichten, welche gelegentlich der Sehne vorgelagert sind, oder durch Schwellungen infolge von Entzündung der Bursa praepatellaris; ferner am Auge durch starke Hornhauttrübungen oder Staarbildung in der Linse. In diesen Fällen wird das mechanische Moment des Reizes (R. M.) vermindert, so dass aus der Abschwächung des reflectorischen Vorganges ein Schluss auf Reflexstörung im eigentlichen Sinne nicht gemacht werden kann.

Besonders bei der Untersuchung des Kniephänomens stösst man in dieser Hinsicht auf grosse Fehler, wenn z. B. die Reflexe geprüft werden, ohne dass die zu treffende Partie der Haut völlig von Kleidern entblösst ist. Findet man bei Beklopfen der Sehne durch die Kleider Kniephänomene, so kann man ihr Vorhandensein wohl behaupten, jedoch wird man wegen der Abschwächung des Reizmomentes eine vorhandene Steigerung oft übersehen, ganz abgesehen von den feineren Wahrnehmungen über die Muskelspannungsverhältnisse, die nur bei Entblössung der zu untersuchenden Partie gemacht werden können. Jedenfalls ist in allen Fällen die Frage zu prüfen, ob das mechanische Moment wirklich den sensiblen Endapparat mit voller Kraft trifft.

Diese Vorsicht vorausgesetzt, muss vor allem, wenn Reflexuntersuchungen bei verschiedenen Individuen und bei dem gleichen Individuum zu verschiedenen Zeiten in vergleichbarer Weise gemacht werden sollen, die Einheitlichkeit des Reizes im Auge behalten werden. Jeder sorgfältige Praktiker gewöhnt sich selbst unwillkürlich daran, bei allen Einzeluntersuchungen den Reiz möglichst übereinstimmend zu machen. Bei der Untersuchung des Kniephänomens wird er die Haltung des Hammers, die Höhe der Hebung vor dem Schlag, die Kraft der Innervation bei dem Schlagen möglichst gleich wählen, um vergleichbare Resultate zu bekommen.

Dasselbe gilt für die Untersuchung der Pupillenreaction. Auch hier wird jeder Praktiker bestrebt sein müssen, die ihm disponible Lichtquelle nach Möglichkeit bei den verschiedenen Untersuchungen gleich stark zu machen oder wenigstens bei dem Resultat der Pupillenuntersuchung zu vermerken, unter welchen äusseren Bedingungen dasselbe zustande gekommen ist. Es ist von vornherein ersichtlich, dass das Tageslicht vermöge der ausserordentlichen Schwankungen der Intensität verhältnismässig wenig geeignet ist, um die Anforderung der Einheitlichkeit des Reizes zu erfüllen. Man wird daher im allgemeinen künstlichen Lichtquellen, die bei Ausschaltung des Tageslichtes wiederholt

Fig. 9.

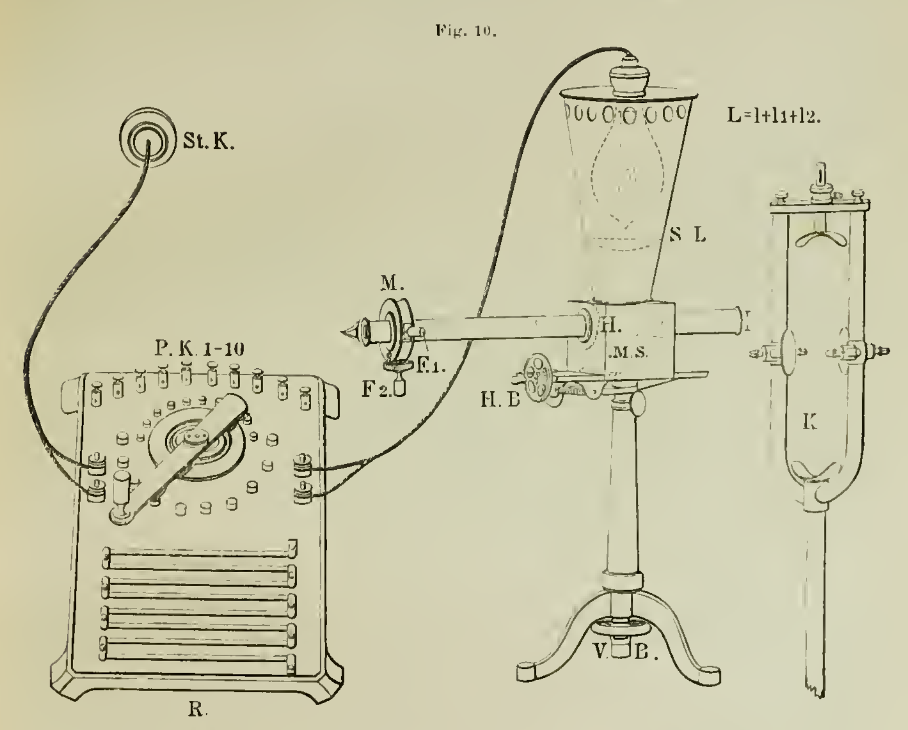


zur Anwendung gebracht werden können, den Vorzug geben. Schon eine Petroleumlampe oder eine einfache Lampe mit reflectirender Rückseite, wie man sie vielfach zur Beleuchtung von Treppenfluren verwendet findet, kann in der Praxis ausreichen. Durch plötzliches Aufschrauben der Flamme, die vorher so klein gehalten wird, dass man gerade noch den Umriss der Pupille erkennen kann, lässt sich wiederholt eine ziemlich gleichartige Verstärkung der Lichtquelle erzielen. Hat man Gasleitung in einem Raum zur Verfügung, der öfter zu solchen Untersuchungen verwendet wird, so empfiehlt es sich, eine Lampe so montiren zu lassen, dass eine genaue Einstellung der Gaszufuhr und des Lichtzuwachses ermöglicht wird. Sehr geeignet hierzu sind die Lampen (siehe Fig. 9).

welche durch einen horizontal beweglichen Hebel auf- und zugedreht werden können. Die Zufuhr des Gases zur Lampe kann man durch den auf einer Scala (*Sk*) laufenden Zeiger (*Z*) regeln. Gleichen Druck des Gases in dem Röhrensystem vorausgesetzt, der durch ein Handrad (*R*) eingestellt und durch einen kleinen Manometer (*M*) gemessen werden kann, lässt sich durch diese einfachen Einrichtungen der Reiz-, bzw. Lichtzuwachs fast gleich gestalten.

Bei dieser Art der Einrichtung ist es bis zu einem gewissen Grade auch möglich, den Reiz abzustufen, so dass man bei verschiedenen Personen und bei der gleichen Person zu verschiedenen Zeiten mit Reihen von fast übereinstimmenden Reizen untersuchen kann.

Fig. 10.



Diese Variation des Reizes unter Vergleichbarkeit der einzelnen Werthe ist ein wesentliches Erfordernis aller methodischen Untersuchung. In Bezug auf Pupillenuntersuchung lässt sich dieses Problem noch sicherer als mit Gaslicht bei Anwendung elektrischen Lichtes lösen (Fig. 10). Man kann hier durch Einschaltung eines Rheostaten (*R*) den Strom so variiren, dass die eingestellte Lampe bestimmte Lichtwerthe ($L = l + l_1 + l_2$) bekommt, welche sich photometrisch auf Normalkerzen beziehen lassen. Allerdings ist es nothwendig, das Bild des Kohlenfadens optisch zu beseitigen, da dieser eine complicirte Figur mit verschiedener Intensität der Beleuchtung darstellt und deshalb in Bezug auf die Form das Lichtquelle Bedenken erregt. Dies kann am einfachsten geschehen, indem man das Licht des Kohlenfadens von einer Mattscheibe (*M. S*) reflectiren und dann durch einen Hohlspiegel (*H*) in das zu untersuchende

Auge fallen lässt. Diese Art der Messung und Abstufung des Reizes ist in einem Pupillenapparat angewendet, dessen ersten Entwurf ich in dem Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden* beschrieben habe. Unterdessen hat der Apparat die in Fig. 10 wiedergegebene Form angenommen, in welcher die Zeichen *R, L, M, S, H* den zur Messung des Lichtzuwachses bestimmten Bestandtheil ausdrücken.

Ganz analog in principieller Beziehung, wenn auch sehr verschieden in der Art der Ausführung, lässt sich die Forderung eines einheitlichen und dabei abstufbaren Reizes in Bezug auf die Untersuchung des Kniephänomens erfüllen. Hier kommt es darauf an, an Stelle des von dem Untersuchenden ausgeführten Schlages, der naturgemäss nicht immer gleich stark sein wird, ein rein mechanisch wirkendes Moment einzuführen, welches unter bestimmten gleichen Bedingungen steht. Am einfachsten ist es, die Form des Hammers beizubehalten und als bewegende Kraft die Erdschwere zu benutzen. Es muss dabei eine Möglichkeit vorhanden sein, die Länge des Hammerstieles, das Gewicht desselben und die Fallhöhe rasch zu bestimmen und abzustufen.

Diese Anforderungen sind durch das im folgenden beschriebene Instrument erfüllt (Fig. 11).

Der Hammerstiel (*H*), welcher eine Scala in Centimetern und Millimetern zeigt, ist über den Drehpunkt, der sich an einer horizontalen Axe befindet, verlängert und gleitet mit dem Endstück (*G*) dieser Verlängerung an einem Halbkreis mit Gradeintheilung vorbei. Man kann also Länge des Stieles, Gewicht des Hammers, Höhe des Falles genau bestimmen.

Es handelt sich nun technisch darum, das mechanische Moment des Hammers auf die Quadricepssehne einwirken zu lassen. Hierzu ist die oben beschriebene Combination von Theilen (Hammerstiel mit Laufgewicht *L. G*, Verlängerung des Hammerstieles jenseits des Drehpunktes, Halbkreis mit Winkeleintheilung) so an dem oberen Ende eines vertical stehenden Halbkreises angebracht, dass das zu untersuchende Bein bequem von der freien Seite auf die Kniestütze (*K. S.*) gelegt werden kann. Das Ganze ist am oberen Ende einer vertical stehenden Stütze angebracht, welche sich in einem festen Untersatz mittels der Verticalführungen (V_1 u. V_2) senken und heben lässt. Um eine bequeme Einstellung des Hammers zu mehrmaliger Untersuchung unter Beibehaltung des gleichen mechanischen Momentes zu ermöglichen, ist an dem Halbkreis, an welchem die Verlängerung des Hammerstieles vorbeigleitet, eine der Peripherie parallele Nute angebracht, in welcher zwei Schrauben (*G. P.* u. *G. S.*) hin- und herbewegt oder in bestimmter Stellung befestigt werden können, so dass sie die Bewegung des Hammers begrenzen und diesen nach Erreichung des Anschlages festhalten.

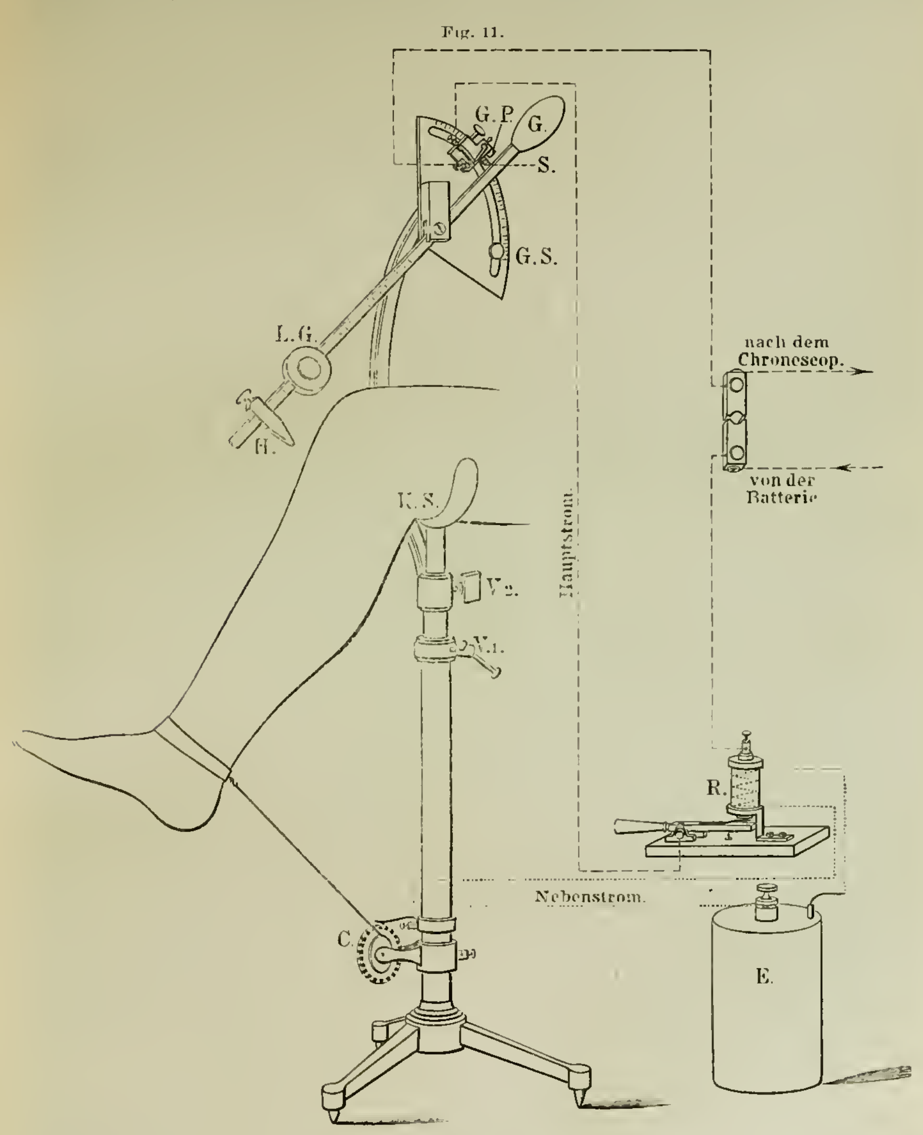
Man stellt den Hammer so ein, dass er die Quadricepssehne berührt und bringt dann die obere Schraube (*G. P.*) dicht an die Verlängerung des Hammers. Dann hebt man den letzteren, bis die Verlängerung des Stieles an die vorher auf einen bestimmten Winkelgrad eingestellte zweite Schraube (*G. S.*) anschlägt. Durch die so gegebenen Grenzen ist für die ganze Reihe von Versuchen die Fallhöhe eindeutig bestimmt.

Es ist also hier Einheitlichkeit des mechanischen Momentes bei der Möglichkeit zur Variation des Reizes erreicht. Das beschriebene Instrument ist so einfach, dass es sich auch in der Sprechstunde eines praktischen Arztes, der kein besonderes Laboratorium zur Verfügung hat, leicht gebrauchen lässt.

* Vergl. pag. 57

Aber auch ohne Anwendung anderer Hilfsmittel als des Percussionshammers bei den Kniephänomenen und einer einfachen Petroleumlampe bei den Pupillenreflexen wird der Praktiker bemüht sein, bei seinen einzelnen Untersuchungen die Einheitlichkeit des Reizes durchzuführen.

Fig. 11.



Nach der Besprechung des sensiblen Endapparates und der mechanischen Momente, welche den reflectorisch zu übertragenden Reizzustand in diesem auslösen, kommen wir nun

2. zu der centripetalen Leitung im sensiblen Nerven *(S. N.)* und weiter in den Leitungsapparaten bis zu den Zellgebilden *(M. Z.)*, welche die Anfangsreihe der centrifugalen motorischen Reihe darstellen.

Es muss bei jedem Reflex, der untersucht wird, überlegt werden, welche Nervenbahn in Betracht kommt. Bei den Pupillen handelt es sich zunächst um die centripetalen Leitungen im Opticus und weiterhin im Tractus opticus. Das Anfangsglied der centrifugalen motorischen Reihe liegt in dem Theil des Oculomotoriuskernes, von welchem die Impulse zu dem Ringmuskel der Iris gelangen. Es frägt sich, auf welchem Wege aus dem Tractus opticus die centralwärts geleiteten Reize auf das Oculomotoriusgebiet übergehen. Als sicher kann man annehmen, dass das nächste Glied in der Reflexkette in den Corpora geniculata externa liegt. Ob von hier die Nervenbahnen für die reflectorisch weitergeleiteten Reize durch die Vierhügel und dann centralwärts zu den Oculomotoriuskernen gehen oder ob andere Verbindungen vorhanden sind, welche von den Corpora geniculata externa durch die Hirnschenkel absteigen und sich hier von unten in die Oculomotoriuskerne hineinbegeben, bleibt dahingestellt. Thatsache ist, dass durch Zerstörung in der Vierhügelgegend Pupillenstarre bedingt sein kann. Allerdings kommt hier zur Erklärung der Druck auf die dicht darunter liegenden Oculomotoriuskerne mit in Betracht, so dass aus dieser Erscheinung nicht mit Sicherheit auf eine Unterbrechung der Leitung zwischen Tractus opticus und Oculomotoriuskern geschlossen werden kann.

Bei dem Kniephänomen läuft die centripetale Leitung durch den Ramus patellaris in den N. saphenus und weiter durch den Nervus femoralis, welcher in den Plexus lumbalis eingeht und seinen Eintritt in das Rückenmark in der Höhe des II.—IV. Lendenwirbels hat.

Im allgemeinen muss die Möglichkeit im Auge behalten werden, dass ein Reflex durch Erkrankung des centripetal leitenden Nerven geschwächt oder aufgehoben werden kann, z. B. bei Druck durch Tumor oder starke Neuritis. Solche Fälle sind bei der Diagnose der paralytischen Krankheiten auszuschalten, da es sich bei diesen wesentlich um die Frage dreht, ob neben einer Psychose eine tabische Rückenmarkskrankheit vorhanden ist, welche jener fast ausnahmslos den Stempel einer paralytischen aufdrückt. Es ist möglich, dass die Abschwächung der Kniephänomene, welche man öfter bei Intoxicationen findet, mögen diese nun von aussen (z. B. durch Alkohol) oder von innen (z. B. bei Diabetes) kommen, öfter auf einer Erkrankung der peripherischen Nerven, speciell der sensiblen, welche die reflectorischen Reize centralwärts leiten, beruht, nicht aber auf Rückenmarkserkrankung. Oefter tritt nach Intoxicationen infolge Beseitigung der Ursache (z. B. Abstinenz nach Alkoholmissbrauch) eine Rückbildung der Störung ein, indem die Kniephänomene sich allmählich wieder einstellen. In solchen Fällen muss manchmal die Diagnose einer tabisch-paralytischen Erkrankung mit symptomatischem Alkoholismus in der Richtung der blossen Alkoholpsychose geändert werden.

Jedenfalls muss der allgemeine Satz im Auge behalten werden, dass das Fehlen des Reflexes gelegentlich durch Erkrankung des sensiblen Nerven ohne Vorhandensein einer Rückenmarkskrankheit bedingt sein kann.

Wir verfolgen nun den Weg weiter den die reflectorisch von der Quadricepssehne aus geleiteten Reize bei und nach Eintritt des betreffenden sensiblen Nerven in das Rückenmark nehmen im Hinblick auf die Störungen, welche diese Leitung erfahren kann. Zunächst ist ersichtlich.

dass die Eintrittsstellen der Rückenmarksnerven durch das Vorhandensein benachbarter Theile, welche relativ häufig von organischen Krankheiten befallen werden, wie dies besonders bei Wirbelcaries der Fall ist, verhältnismässig sehr der Gefahr von Störungen ausgesetzt sind. Infolge von Druck auf diese Partieen, z. B. durch Tumor, kann im Hinblick auf starke Schmerzen mit Fehlen eines Rückenmarkreflexes ein vollständig tabisches Bild vorgetäuscht werden.

Die für die psychiatrische Diagnostik wichtigste Störung des Reflexbogens kommt durch tabische Degeneration der Hinterstränge zustande. Auf eine solche darf aus dem Fehlen des Kniephänomens nur dann geschlossen werden, wenn eine Erkrankung der peripherischen Nerven besonders infolge von Intoxicationen, Neuritis oder Tumoren z. B. der Wirbelsäule ausgeschlossen werden kann. Dabei muss im Auge behalten werden, dass die tabische Degeneration der Hinterstränge in verschiedenen Höhen des Rückenmarkes verschieden stark sein oder theilweise ganz fehlen kann. Das Fehlen des Kniephänomens deutet also, wenn nach Ausschluss peripherischer Störungen überhaupt auf den Sitz der Störung im Rückenmark geschlossen wird, ausschliesslich auf Degeneration in der Höhe des Lendenmarkes. Umgekehrt kann bei normaler Beschaffenheit des Kniephänomens und Unversehrtheit des Lendenmarkes doch in anderen Abschnitten des Rückenmarkes tabische Degeneration der Hinterstränge vorhanden sein. Jedenfalls muss man in allen Fällen die anatomische Lage des Reflexbogens genau beachten und darf nur dann aus dem Fehlen des Kniephänomens auf Erkrankung der Hinterstränge schliessen, wenn peripherische Ursachen an den zuleitenden Nerven und Störungen im absteigenden Ast von den motorischen Zellen in den Vorderhörnern des Rückenmarkes an ausgeschlossen werden können.

Ganz ähnlich liegt es mit der Verwerthung der Pupillenstarre für die Diagnose tabisch-paralytischer Krankheiten. Nur wenn nicht-tabische Störungen des sensiblen Endapparates und der centralwärts leitenden Nerven, z. B. Tumor an der Schädelbasis, aus der Diagnose ausgeschaltet werden können und es sich um isolirten Verlust der reflectorischen Bewegung bei Vorhandensein der accommodativen Mitbewegung der Iris handelt, kann das Vorhandensein von Pupillenstarre für die Diagnose einer progressiven Paralyse den Ausschlag geben. Dabei bleibt vorläufig unerörtert, ob die Leitungsunterbrechung zwischen dem Opticus und dem Oculomotoriuskern, die als Grundlage der tabischen Pupillenstarre gefordert wird, wirklich auf der Zerstörung eines anatomischen Bindegliedes beruht oder vielleicht als functionelles Hemmungsphänomen zu erklären ist, wofür manche Beobachtungen sprechen. — Es sind nun

3. die Störungen der Reflexe zu erörtern, die auf einer Erkrankung der centrifugalen Leitung *(M. N.)* von den motorischen Zellen *(M. Z.)* der Vorderhörner, bzw. des verlängerten Markes bis zu der Musculatur *(M. E.)* beruhen. Zunächst ist bei jeder Reflexuntersuchung zu überlegen, wie die motorischen Nerven verlaufen und von welchen Zellgruppen im Rückenmark oder der Medulla oblongata sie abhängen. Bei dem Pupillenreflex kommt das Zweigchen des Oculomotorius in Betracht, welches den Ringmuskel der Iris versorgt, bei dem Kniesehnenreflex ein Theil des Nervus femoralis, der mit drei Wurzeln aus dem II.—IV. Lumbalnerven entspringt

und vom Plexus lumbalis als gesonderter Nerv peripherisch verläuft. Bei Leitungsunterbrechungen in diesen Nerven können die betreffenden Reflexe fehlen, ohne dass ein Rückenmarksleiden angenommen werden müsste. Bei dem Pupillenreflex wird sich eine solche peripherische Ursache der Störung leicht erkennen lassen, da alsdann gleichzeitig die reflectorische Bewegung und die accommodative Mitbewegung ausfallen und auch noch andere Theile des Oculomotorius getroffen sein werden, wodurch leicht sichtbare Störungen der Augenbewegung zustande kommen. Dabei ist zu beachten, dass bei peripherischer Störung des Oculomotorius die Pupille neben der Bewegungslosigkeit erweitert ist, während bei der für die Diagnose der Paralyse wichtigen tabischen Pupillenstarre die Pupille sehr verschiedene Weite haben kann, in manchen Fällen sogar sehr eng ist.

Das Fehlen des Kniephänomens infolge Störung der centrifugalen motorischen Leitungsbahn kann hauptsächlich durch Tumoren an den Wirbelkörpern zustande kommen. Hierbei werden meist noch andere motorische Zweige betroffen sein, so dass eine Störung verschiedener Muskeln verursacht wird. Procentuarisch spielt diese Möglichkeit eine ganz geringe Rolle.

Abgesehen von den Verletzungen der motorischen Nerven kommt die Degeneration oder Zerstörung der Zellgruppen *(M. Z.)*, von welchen die motorischen Nerven abhängen, diagnostisch in Betracht. Besonders gilt dies für die Pupillenstarre. Die Zellgruppen des Oculomotoriusgebietes, welche am Boden des Aquaeductus Sylvii liegen, können durch Geschwülste, Blutungen, sklerotische Herde zerstört oder bei den chronischen Degenerationsprocessen, welche die motorischen Zellgruppen bei Bulbärparalyse befallen, mit getroffen werden. Deshalb muss stets der Befund im gesammten Gebiet des Oculomotorius und der anderen Kopfnerven aufgenommen und mit dem Resultat der Pupillenprüfung verglichen werden.

Vernichtung der motorischen Zellen in den Vorderhörnern des Rückenmarkes als Ursache zu dem Fehlen des Kniephänomens ist verhältnismässig selten. Sie kommt besonders bei Poliomyelitis anterior der Kinder vor, wobei meist eine diagnostische Ueberlegung nach der psychiatrischen Seite überflüssig ist. Bei Erwachsenen kann diese Art der Verursachung im Zusammenhang mit syringomyelitischen Processen gelegentlich in Betracht kommen, wobei durch die Summe anderer Symptome motorischer, trophischer und sensibler Art von vornherein die Diagnose eine rein neurologische Richtung erhalten wird. Bei Geisteskranken, die Abnormitäten des Kniephänomens haben, kommt dieser Fall kaum in Betracht.

An vierter Stelle müssen wir diejenigen Reflexstörungen betrachten, welche durch den Zustand des motorischen Endapparates *(M. E.)* bedingt sind. Als solcher wird meistens lediglich der Muskel betrachtet, auf welchen der Reiz durch die Nervenbahn übertragen wird. Vom Standpunkt der abstracten Nerven-Physiologie ist dies auch richtig. Es gibt thatsächlich sehr seltene Fälle von Reflexstörungen, bei denen lediglich der motorische Endapparat getroffen ist, z. B. bei Myositis ossificans. Diese kommen jedoch praktisch kaum in Betracht. Viel wichtiger für die Untersuchung ist die Ueberlegung, dass eine Muskelcontraction nur unter bestimmten mechanischen Umständen zur Wirksamkeit kommen und eine Lageveränderung hervorrufen kann. Wir müssen hier auf den physiologischen Unterschied zwischen Reflexvorgang und Reflexphänomen hinweisen

und wollen diesen Satz zunächst in Bezug auf den Knieschnenreflex ausführen.

Man sollte aus der Definition dieses Phänomens zunächst alles, was sich auf den Reflexvorgang bezieht, weglassen und einfach sagen: Kniephänomen ist die bei den meisten Menschen zu beobachtende Erscheinung, dass bei Beklopfen der Quadricepssehne dicht unterhalb der Patella der Unterschenkel durch Contraction des Quadriceps etwas gehoben wird. Durch diese rein empirisch beschreibende Definition wird man dem Charakter eines Phänomens, d. h. einer Erscheinung im stricten Sinne, am besten gerecht. Wer die verschiedenen denkbaren Störungen des Kniephänomens im Anschluss an das gewohnte Schema über die reflectorischen Vorgänge systematisch darstellen wollte, würde in Bezug auf die praktischen Verhältnisse eine grosse Lücke lassen, weil oft bei ganz normalem Reflexvorgang doch keine Bewegung des Unterschenkels, also kein Phänomen zustande kommt. Dies wird stets dann der Fall sein, wenn das Bein in irgend einer Winkelstellung willkürlich festgehalten wird, so dass die reflectorische Reizung des Quadriceps die willkürliche Spannung der Antagonisten nicht zu durchbrechen vermag. Dieses willkürliche Spannen, welches schon bei geistig Gesunden oft getroffen wird, ist nun bei Geisteskranken fast die Regel, so dass der Mangel des Kniephänomens vorgetäuscht und eine falsche Diagnose veranlasst werden kann. Es wird also in diesem Falle der Quadriceps bei normalem Reflexvorgang und behinderter Bewegung des Unterschenkels isometrisch bleiben, aber einen anderen Spannungszustand annehmen.

Man muss deshalb bei psychisch Gestörten noch viel mehr als bei geistig Gesunden auf völlige Ablenkung des Untersuchten von den Manipulationen an seinem Knie bedacht sein. Man kann ihn zu diesem Zweck entweder in einem anderen Muskelgebiet motorisch beschäftigen, z. B. durch den bekannten *Jendrassik*'schen Handgriff, sowie durch andere Handhaltungen, oder durch Bewegungen mit dem Kopf, oder man kann ihn mit geschlossenen Augen zählen, rechnen etc. lassen. Hier ist der Erfindungsgabe des Untersuchenden völlig freies Spiel gegeben.

Um nun über die Contraction eine sichere Controle zu haben, ist es bei der Untersuchung des Kniephänomens von Geisteskranken absolut nothwendig, den Quadriceps bei der Ausübung des Schlages auf die Sehne mit der anderen Hand zu palpiren. Man wird dann öfter die reflectorische Innervation, beziehungsweise Contraction des Muskels direct fühlen, während das „Phänomen“ im empirischen Sinne völlig fehlt.

Neben der Beachtung der willkürlichen Muskelspannung ist es nothwendig, Folgendes im Auge zu behalten. Das Phänomen *(P)* im Sinne des äusserlich sichtbaren Ausschlages lässt sich mechanisch ausdrücken als Quotient aus der reflectorisch erzeugten Muskelcontraction *(k)* und der von dem Muskel zu hebenden Last *(l)*, im besonderen Falle des Unterschenkels. Es ist also

$$P = \frac{k}{l}$$

Das Phänomen wird also bei gleicher reflectorisch erzeugter Kraft desto grösser sein, je kleiner die Last ist, und desto kleiner, je grösser die Last ist. Die Kraft der Muskelcontraction *(k)* hängt zum Theil von der Anlage und dem Ernährungszustand des Muskels ab. Hier-

aus folgt, dass die Verhältnisse des körperlichen Baues in Bezug auf die Beschaffenheit der Musculatur und die Schwere der Glieder bei der Beurtheilung des Kniephänomens mit in Rechnung gezogen werden müssen. Hat z. B. ein Individuum eine schwache, bzw. abgemagerte Musculatur bei lang gebauten Extremitäten, so kann es vorkommen, dass bei ganz normalem Reflexvorgang das Kniephänomen auffallend schwach ist, so dass man bei ungenauer Untersuchung geneigt sein könnte, Abschwächung des Phänomens im Sinne eines tabischen Symptoms anzunehmen. Umgekehrt wird man bei Verminderung der Last des Unterschenkels zum Beispiel nach Amputation ohne Vermehrung des Contractionswerthes *(k)* eine Steigerung des Kniephänomens bekommen, ohne dass eine Störung, bzw. Verstärkung des Reflexvorganges vorläge. Die beiden eben entwickelten Fälle lassen sich in folgenden Zeichen ausdrücken:

$$\text{I. } P = \frac{k}{l} > \frac{k}{l+x}$$

$$\text{II. } P = \frac{k}{l} < \frac{k}{l-x}$$

Man kann die Aenderung des Kniephänomens infolge Vergrösserung oder Verkleinerung der Last auch künstlich zum Zweck des Experimentes bewirken, indem man entweder die Last durch Anbringung von Gewichten am Unterschenkel vermehrt oder durch Aequilibrirung desselben indirect vermindert. Mit der ersten leicht anzuwendenden Methode kann man z. B. feststellen, mit welchem Gewichtszuwachs sich ein schwaches Kniephänomen völlig zum Verschwinden bringen lässt. Die zweite Methode (Entlastung des Unterschenkels durch Aequilibrirung), die etwas grössere technische Mittel erfordert, hat sich zur Darstellung des Ablaufes eines Reflexvorganges besonders in der Richtung psychischer Einflüsse als brauchbar erwiesen.* Es handelt sich dabei um technische Folgerungen aus dem für alle Reflexuntersuchungen grundlegenden Satz, dass das Phänomen nicht direct proportional der reflectorischen Muskelcontraction, sondern proportional dem Quotienten aus Kraft und Last ist.

Die gleiche Thatsache kommt auch bei einigen Fällen von Pupillenstörung in Betracht. Ebenso wie bei dem Kniephänomen der äussere Erfolg einer reflectorischen Contraction des Quadriceps, z. B. durch Ankylose des Kniegelenks, aufgehoben sein kann, so kann es vorkommen, dass eine reflectorische Innervation des Ringmuskels der Iris infolge hinterer Synechieen nach alter Iritis nicht zur Erscheinung kommt. In diesen Fällen ist, mathematisch ausgedrückt, der Werth l so gross geworden, dass das Phänomen $P = 0$ wird, während der Reflexvorgang völlig normal ist.

Auch die Spannungsverhältnisse der Antagonisten sind bei der Prüfung von Reflexen als ein Moment zu beachten, welches bei normalem Reflexvorgang die sichtbare Bewegung sehr vermindern kann. Leider ist die Beurtheilung dieser Verhältnisse im Gegensatz zu der einfachen Sachlage bei der Untersuchung des Kniephänomens, wobei man die Spannung der Antagonisten unmittelbar fühlen kann, an der Pupille sehr erschwert.

Hier wirken einander entgegen der Oculomotorius als pupillenverengernde Kraft und der Sympathicus als pupillenerweiternde Kraft.

---

* Vergl. Untersuchungsmethoden, pag. 26.

Fasst man als Phänomen, welches bezeichnet werden soll, die Pupillenweite *(W)* auf, und führt an Stelle des allgemeinen Werthes k den reflectorisch erregten Innervationszustand des vom Oculomotorius versorgten Ringmuskels der Iris *(o)* ein, sowie an Stelle des Werthes für die Last *(l)* den entgegenwirkenden Contractionszustand des vom Sympathicus innervirten M. dilatator pupillae *(s)*, so erhält man die Gleichung

$$W = \frac{o}{s}$$

Die Pupillenweite ist also die Resultirende aus zwei Muskelspannungszuständen, von denen der eine dem Oculomotoriusgebiet *(o)*, der andere dem Sympathicusgebiet *(s)* angehört. Dieses Verhältnis muss bei allen Pupillen-Untersuchungen im Auge behalten werden. Es ist z. B. denkbar, dass wegen starker Spannung im Sympathicusgebiet gelegentlich ein Lichtzuwachs bei völliger Intactheit der reflectorischen Uebertragung nicht zur Wirksamkeit kommt, so dass eine Reflexstörung im physiologischen Sinne vorgetäuscht wird. Dies trifft vielleicht für die vorübergehende Trägheit der Pupillenbewegung zu, welche manchmal, jedoch keineswegs häufig im epileptischen Anfall beobachtet werden kann. In dieser Richtung ist es besonders wichtig, die Weite der Pupillen zu beachten. Sind dieselben in einem solchen Anfall abnorm weit und dabei starr oder träge, so muss die Möglichkeit einer Sympathicusreizung als Ursache der scheinbaren Reflexstörung sehr in Betracht gezogen werden. Oft zeigt sich in solchen Fällen, dass eine Pupille, die bei mittlerem Licht nicht reagirt, bei stärkerem Licht sich sehr gut bewegt. Jedenfalls muss man gerade bei epileptischen Zuständen mit der Annahme völliger Pupillenstarre sehr vorsichtig sein und wird öfter in die Lage kommen, den oben ausgeführten Satz über das Zustandekommen der Pupillenweite als der Resultirenden aus zwei Kräften anzuwenden.

Die Untersuchung wird nun im einzelnen Fall noch dadurch erschwert, dass neben der reflectorischen Erregung des M. circularis iridis noch eine andere Art von Innervation in Betracht kommt, nämlich die Mitbewegung bei willkürlichen Aenderungen der Accommodation. Dieses Moment kann bei der Diagnose auf progressive Paralyse, bei der manchmal die ganze Auffassung eines Falles an dem Urtheil über die Pupillenreaction hängt, grosse Fehler bedingen.

Die vielen Täuschungen über Pupillenverhältnisse kommen wesentlich daher, dass ausser dem Lichtreiz noch ein anderes Moment eine Veränderung der Pupillenweite verursachen kann, nämlich die Accommodation auf verschieden weit entfernte Gegenstände. Wenn ein Mensch, der notorisch lichtstarre Pupillen hat, im Augenblick des vermehrten Lichtreizes seine Augen auf einen viel näheren Gegenstand einstellt, so wird eine accommodative Verengerung der Pupillen auftreten und das Vorhandensein einer reflectorischen Bewegung vorgetäuscht werden. Hieraus folgt der erste Satz, dessen Consequenzen für die Werthschätzung der Untersuchungsmethoden weitgehende sind: Eine Prüfung auf Pupillenstarre ist nur dann als einwandfrei anzusehen, wenn dabei die Accommodationsbewegung der Iris mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann. Nun ist von vornherein klar, dass bei psychisch abnormen Menschen dieser Ausschluss der Accommodationsbewegung viel schwieriger ist, als bei

geistig gesunden Personen, denen man einfach sagt, dass sie die Augen nicht bewegen sollen. Denn die Innervation der Recti interni, welcher die accommodative Mitbewegung der Iris associirt ist, steht unter der Willkür des Menschen, welche eben bei geisteskranken Personen mit gewissen Ausnahmen viel schwerer zu beeinflussen ist als bei geistig gesunden. Daher müssen vom Psychiater mehrere Methoden völlig verworfen werden, welche man bei geistig gesunden Personen in der Praxis gern verwendet, z. B. das Verdecken der geöffneten Augen mit der Hand und plötzliches Wegziehen der letzteren. In diesem Falle wird ein geistig Gesunder wohl imstande sein, die Augen unbewegt zu halten, aber psychisch Gestörte werden meist nach Wegziehen der Hand ihre Augen auf den unmittelbar vor ihnen stehenden Beobachter einstellen und durch die accommodative Bewegung der Iris die auf reflectorische Pupillenstarre gerichtete Untersuchung stören. Entsprechend geschieht es oft, wenn man durch eine Convexlinse concentrirtes Licht schräg von vorn ins Auge fallen lässt, dass die Geisteskranken die Augen auf den Gegenstand richten und dadurch Untersuchungsfehler veranlassen. Wo dies nicht der Fall ist, kann diese Untersuchungsmethode mit Linse und concentrirtem Licht entschieden als eine der besten bezeichnet werden, besonders weil man bei der scharfen Beleuchtung die Bewegung der Iris am besten erkennt. Im Princip muss jedoch für die Pupillenuntersuchung bei Geisteskranken verlangt werden, dass die zu Untersuchenden die Lichtquelle selbst dauernd fixiren und dass der Beobachter die fixirte Lichtquelle nach Belieben verstärken oder abschwächen kann. Erfahrungsgemäss kann man die grösste Menge der Geisteskranken dahin bringen, dass sie einen bestimmten Gegenstand, also z. B. die Flamme einer Gaslampe, eine Weile fest ansehen, wobei man durch Auf- und Niederdrehen der Flamme die Variation der Lichtstärke bewirken kann. Natürlicherweise muss dabei alles stärkere diffuse Licht, also besonders das Tageslicht, ausgeschlossen werden. Nur unter strenger Berücksichtigung dieser Sätze kann man bei Geisteskranken einwandfreie Resultate bekommen, während bei geistig Gesunden eine weniger schematische Methode meist ganz brauchbare Resultate liefert.

Ebenso wie wir in Bezug auf den Reiz versucht haben, denselben abzustufen und zu messen, muss auch die motorische Wirkung nach Möglichkeit beobachtet und bestimmt werden.

Experimentelle Methoden zu diesem Zweck werden für die Praktiker grösstentheils zu complicirt sein. Bei dem Knieschnenreflex handelt es sich darum, durch Uebertragung des Ausschlages auf einen Schreibhebel an einer berussten Trommel eine Curve zu erhalten, aus welcher man die Höhe des Ausschlages und die Art des Ablaufes erkennen kann.

Bei der Pupille muss man eine andere Art der Messung wählen, da es unmöglich ist, die Bewegung der Iris mechanisch übertragen zu lassen.

Eine vielfache Messung der Pupillenweite ist durch Anwendung eines optisch-mathematischen Principes durch den in Fig. 10 dargestellten Apparat ermöglicht.

An demselben befindet sich ein Messapparat *(M)*, in welchem zwei Fäden durch die Spulen (F_1) und (F_2) beliebig genähert und in verschiedene Axen eingestellt werden können. Diese werden durch Visiren mit dem inneren Rande der

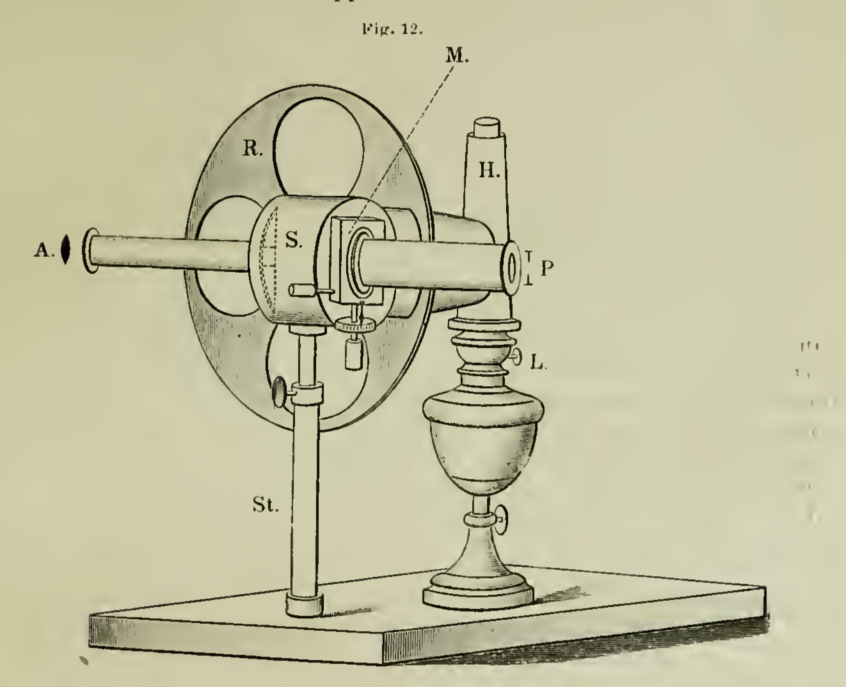
zu untersuchenden Pupille zur Deckung gebracht, worauf die Weite dieser an einer Scala des Messapparates abgelesen wird.

Dem Bedürfnisse der Praxis entsprechend habe ich den für wissenschaftliche Untersuchungen bestimmten Apparat Fig. 10 in folgender Weise vereinfachen lassen (Fig. 12):

Die Variation des Reizes geschieht dadurch, dass das Licht der Lampe *(L)*, welches von einer abblendenden Hülle *(H)* umgeben ist, Mattscheiben von verschiedener Stärke, die in die Revolverscheibe *(R)* eingelassen sind, passirt. Dasselbe wird durch den Hohlspiegel *(S)* in die zu untersuchende Pupille *(P)* geworfen. Der Messapparat für die Pupillenweite ist analog wie in dem Apparat Fig. 10 construirt.

Nachdem die Störungen erörtert sind, die in dem motorischen Theil der uns hier beschäftigenden Reflexapparate zustande kommen können, wenden

Fig. 12.



wir uns zu der Frage, in welcher Weise der Ablauf eines Reflexes von anderen besonders höher gelegenen Nervencentren (*C*) aus beeinflusst werden kann. Im allgemeinen gilt der Satz, dass bei Leitungsunterbrechung der motorischen Bahnen im Rückenmark die unter der verletzten Stelle das Rückenmark passirenden Reflexe gesteigert sind, wie dies bei Degenerationen der Pyramidenseitenstrangbahn, bei Querschnittsmyelitis, Blutungen im centralen Abschnitt der motorischen Bahn fast immer beobachtet wird. Man kann diese Erscheinung durch den Wegfall reflexhemmender (*R. H.*) Einflüsse erklären. Es kommen jedoch andererseits seltene Fälle vor, in denen besonders von den Hirnschenkeln aus ein Fehlen des Kniephänomens als länger dauernde Erscheinung verursacht werden kann, ohne dass der Reflexbogen im Rückenmark in anatomisch sichtbarer Weise gestört wurde. Demnach ist auch eine functionelle Hemmung eines Reflexes von anderen Centren aus denkbar.

Es liegt nahe diese Vorstellung, die für das Kniephänomen in dem erwähnten Falle zutrifft, versuchsweise auch auf das Phänomen der tabischen Pupillenstarre zu übertragen, nachdem die Versuche, eine anatomische Unterbrechung der Leitung vom Tractus opticus zum Oculomotoriuskern zu finden, immer wieder gescheitert sind. Thatsache ist, dass in auffallend vielen Fällen von tabischer Paralyse, in denen Pupillenstarre vorlag, Degenerationen im Halsmark gefunden werden, durch welche vielleicht die Pupillenstarre als functionelles Hemmungsphänomen ausgelöst sein kann. Wir lassen diese physiologisch sehr interessante Frage hier beiseite.

Jedenfalls muss man bei den Reflexen die Art, wie andere Nervencentren in den Ablauf des Vorganges eingreifen, sehr in Betracht ziehen. Bei dem Kniephänomen fallen hierbei jedem unbefangenen Beobachter eine Reihe von Erscheinungen in das Auge. Die Spannung der Aufmerksamkeit, intellectuelle Thätigkeit, Affecte wirken deutlich auf die Art des Kniephänomens ein. Nervenpathologisch handelt es sich dabei um Einwirkung bestimmter Nervencentren auf reflectorische Vorgänge, die an ganz anderer Stelle durch das Centralnervensystem hindurchgehen.

Die genauere Untersuchung der verschiedenen Formen dieses Einflusses ist für den Fortschritt der neurologischen und psychopathologischen Diagnostik von grosser Bedeutung. Auch kann man schon in der einfachen Praxis eine Menge von wichtigen Wahrnehmungen machen. Die Art des Ausschlages und die Rückkehr zu dem Anfangszustand zeigen auffallende Verschiedenheiten. Manchmal schnellt der Unterschenkel ganz rasch und blitzartig in die Höhe und wird ebenso rasch zurückgerissen. Untersucht man dabei mit Palpation, so fühlt man eine starke Innervation der Antagonisten. In anderen Fällen zeigen sich einige Ausschläge hintereinander, die allmählich kleiner werden. Ferner bleibt der Unterschenkel manchmal nach dem Ausschlag auf einem erhöhten Niveau stehen und sinkt erst allmählich wieder in die Ausgangsstellung zurück. Oder es treten Mitbewegungen in anderen Muskelgruppen auf, öfter mit schreckhaftem Zusammenzucken des ganzen Körpers. Alle solche Varianten des Kniephänomens verdienen bei der Untersuchung beachtet und im Protokoll erwähnt zu werden, umsomehr, als die genauere experimentelle Untersuchung immer wiederkehrende Erscheinungen* gleicher Art aufweist, die sich in Gruppen zusammenfassen lassen und vermuthlich bestimmte psychophysiologische Bedeutung haben.

Mit dem Vorstehenden hängt die Frage zusammen, wie weit die zeitlichen Verhältnisse des Ablaufes in den Kreis der Untersuchung gezogen werden können. Bei der Untersuchung des Kniephänomens macht man manchmal die Beobachtung, dass nach dem Schlag auf die Quadricepssehne der Muskel einen wahrnehmbaren Moment ohne Innervation bleibt und sich dann erst in normaler oder gesteigerter Weise zusammenzieht. Dieses Phänomen habe ich in einem Fall, der nach der Fehldiagnose auf Hysterie sich immer deutlicher als Tumor der Lendenwirbelsäule erwies, sehr ausgeprägt gesehen. Auch kommt es vor, dass die Zusammenziehung des Muskels sehr träge ist und die Hebung des Unterschenkels auffallend langsam erfolgt.

---

* In dem Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden habe ich eine Anzahl von solchen Phänomenen beschrieben. Vergl. pag. 28—82.

Alle diese Beobachtungen, die man gelegentlich machen kann, fordern dazu auf, die zeitlichen Verhältnisse des Kniephänomens neben der Höhe des Ausschlages zu berücksichtigen.

Will man dieses Problem experimentell in Angriff nehmen, so ist es nöthig, im Moment des Reizes einen elektrischen Strom schliessen zu lassen, der durch den Ausschlag des Unterschenkels wieder unterbrochen wird (vergl. Fig. 11). Schaltet man in den Stromkreis ein Chronoskop ein, so dass durch den Stromschluss die Einbeziehung des Zeigers in das gehende Uhrwerk, durch die Stromöffnung die Lösung des Zeigers bewirkt wird, so kann man die Länge der Reactionszeit durch Subtraction der vor dem Reiz und nach dem Ausschlag am Chronoskop abgelesenen Zahlen bestimmen.

Am dem oben beschriebenen Apparat (vergl. Fig. 11) ist zum Zweck des Stromschlusses folgende Einrichtung getroffen: Die Verlängerung (*G.*) des Hammerstieles berührt im Moment des Reizes einen Stift (*S.*), der durch Vermittlung zweier Hebel einen elektrischen Strom schliesst. Es lässt sich also mit dieser Einrichtung im Moment des Reizes bewirken, dass der Zeiger am Chronoskop in das gehende Uhrwerk einbezogen wird.

Es ergiebt sich weiter die Aufgabe, diesen Strom im Moment der Reaction öffnen zu lassen. Hierbei ist folgendes mechanische Moment zu beachten: Die reflectorisch ausgelöste Innervation des Quadriceps braucht eine gewisse Zeit, um die Hebung des Unterschenkels hervorzurufen. Bringt man die Vorrichtung, durch welche bei der reflectorisch bewirkten Bewegung der Strom geöffnet wird, am Unterschenkel bzw. Sprunggelenk an, so ist in der Reflexzeit dieses Stadium der isometrischen Contraction des Muskels mit enthalten. Könnte man die Unterbrechung des Stromes unmittelbar durch die Contraction des Quadriceps bewirken, so wäre dieses Stadium der Latenz ausgeschaltet. Leider ist es kaum möglich, eine Vorrichtung zu treffen, welche in allen Fällen mit gleicher Sicherheit die Unterbrechung des Stromes unmittelbar durch die Contraction des Quadriceps bewirken könnte. Dagegen ist die Aufgabe in folgender Weise zu lösen, wenn man die Latenzzeit des reflectorischen Reizes unberücksichtigt lässt und die Oeffnung des Stromes durch den Unterschenkel selbst bewirkt. Es handelt sich darum, durch die Bewegung des Unterschenkels eine dauernde Unterbrechung des Stromes hervorzubringen. Dies ist in folgender Weise erreicht:

Von dem Sprunggelenk läuft nach rückwärts ein Faden bis zu einer Rolle *C*, an welcher sich der Faden durch eine schwache Feder automatisch aufwickelt, während die Abwickelung unter Rotation der Rolle bei Hebung des Unterschenkels erfolgt. Die Peripherie dieser Rolle besteht aus einer Reihe von leitenden und nicht leitenden Theilflächen, zu welchen Messing und Guttapercha verwendet sind. Auf einer der leitenden Stellen ruht ein Stift, so dass der Nebenstrom geschlossen ist. Dieser geht durch eine Spirale *R*, welche einen Eisenkern enthält, der einen Anker anzieht. Letzterer ist in den Hauptstrom eingeschaltet, der durch die Klemmen an der Schraube *G. P.* und durch das Chronoskop geht und im Moment des Reizes geschlossen wird. Hebt sich das Bein infolge der reflectorischen Innervation des Quadriceps, so wird durch den am Sprunggelenk angebrachten Faden die Rolle in Bewegung gesetzt. Da der Stift bei dieser Bewegung sofort eine nicht leitende Fläche trifft, wird der Nebenstrom unterbrochen, der Eisenkern verliert seinen Elektromagnetismus und lässt den Anker los, wodurch der Hauptstrom unterbrochen und der Uhrzeiger ausgeschaltet wird.

Ein minimaler Fehler liegt darin, dass nach der Unterbrechung des Nebenstromes eine sehr geringe Zeit verstreicht, bis der Eisenkern den Anker loslässt. Nach vielen Beobachtungen halte ich diese Zeit für so klein, dass sie keinen nennenswerthen Fehler bedingt. Man kann also durch Subtraction der am Chronoskop abgelesenen Zahlen die Zeitdauer des Reflexes mit sehr geringen Fehlern unmittelbar bestimmen.

Für den Fall, dass dem Untersuchenden ein Chronoskop nicht zur Verfügung steht, kann man statt desselben vielleicht eine rotirende Trommel verwenden, um darauf den Moment des Reizes und der Reaction zu fixiren. Der an dem beschriebenen Messapparat im Moment des Reizes erfolgende Stromschluss kann auch verwendet werden, um einen Schreibhebel elektromotorisch in Thätigkeit zu setzen und ein Signal an der Trommel hervorzubringen. Das Gleiche gilt für die Reaction, wenn man einen zweiten Schreibhebel in den Strom einschaltet, der durch Hebung des Unterschenkels unterbrochen wird. Man kann also zwei Zeichen auf der Trommel schreiben lassen und dann aus ihrem Abstand bei bekannter Umlaufsgeschwindigkeit die Zeitdauer des Reflexes berechnen.

Es wird also bei dem Kniephänomen schon mit geringen technischen Mitteln möglich sein, vergleichende Untersuchungen über die Dauer des Reflexes zu machen.

Viel schwieriger ist das Problem, den Ablauf der Pupillenbewegung chronologisch genau zu bestimmen und besonders einen zahlenmässigen Ausdruck für die Trägheit der Pupillenreaction zu erhalten. Eine Methode, um die Messung der Pupille in der Art vorzunehmen, dass Reiz und Wirkung genau bestimmt werden (vergl. Fig. 10), habe ich an anderer Stelle beschrieben* und dabei weiterhin angegeben, wie die Zeit vom Moment des Lichtreizes bis zur Erreichung der zugehörigen Pupillenweite besonders im Hinblick auf psychophysiologische Aufgaben bestimmt werden kann.

Diese Methoden sind jedoch zu complicirt, um in der einfachen Praxis Anwendung finden zu können und werden nur zu besonderen wissenschaftlichen Untersuchungen dienen. Immerhin muss betont werden, dass die Beobachtung der zeitlichen Verhältnisse der Reaction mit dem Hilfsmittel der aufmerksamen Wahrnehmung sehr nothwendig ist und besonders bei der Diagnose der tabisch-paralytischen Krankheiten eine grosse Bedeutung hat.

Zum Schluss dieses Abschnittes, in dem ich versucht habe, die wesentlichen allgemeinen Momente besonders im Hinblick auf Kniephänomen und Pupillenreaction zu erläutern, sei darauf hingewiesen, dass die gleichen Gesichtspunkte für alle anderen Reflexe zutreffen und dass eine ausgedehnte Untersuchung der reflectorischen Verhältnisse vielleicht noch grössere diagnostische Bedeutung bekommen kann, als es jetzt schon der Fall ist.

---

* Untersuchungsmethoden, pag. 86.

B. Entwickelung und Entstehung der Krankheit.

Die Erhebung der Anamnese.

Wenn ich erst jetzt am Schluss des Abschnittes über die körperliche Untersuchung der Geisteskranken auf die Erhebung der Anamnese eingehe, auf die praktisch ein so grosses Gewicht gelegt wird, so könnte dies als Ausdruck einer Geringschätzung dieses Hilfsmittels der Diagnostik erscheinen.

In Wirklichkeit ist grosser Werth darauf zu legen, jedoch nur unter der Voraussetzung einer methodischen und kritischen Handhabung der anamnestischen Prüfung.

Es ist klar, dass eine genaue Kenntnis des Vorlebens in vielen Fällen vorzüglich geeignet ist, um den bei der Untersuchung festgestellten Zustand im Zusammenhang eines ganzen Lebens zu begreifen oder Lücken der Untersuchung zu ergänzen; aber dieses Bestreben nach einer Klarstellung der charakteristischen Züge des Individuums wird bei einer unkritischen Behandlung einer Anamnese sehr in Frage gestellt. Die Fehlerquellen liegen wesentlich in dem Subject der Referirenden, die häufig gar nicht imstande sind, aus eigener Anschauung über den Kranken zu berichten, oder wenn sie es können, alle die Mängel aufweisen, welche die Mehrzahl der Menschen bei der Beschreibung psychischer Erscheinungen zeigt.

Zu der reinen Darstellung von seelischen Vorgängen oder von Handlungen, in denen sich innere Zustände ausdrücken, gehört eine Schulung der Beobachtung, eine Ausscheidung von associirten Vorstellungen, eine Zurückhaltung von Schlüssen, wie sie nur durch methodische Uebung erreicht werden kann.

Meist werden von den Personen, von welchen wir die Anamnese Geisteskranker erheben, Theile des Geschehenen weggelassen, andere zu stark betont, wieder andere associativ geändert oder ergänzt.

Dieser Umbildungsprocess, welchem die Erinnerungen der meisten Menschen unterliegen, wird nun bei den Berichten über das Vorleben von Kranken noch besonders durch die Begriffe befördert, welche sich die Referenten in unzureichender Weise über die Ursachen der Krankheit machen, wodurch eine Menge von entgegenstehenden Beobachtungsthatsachen oft einfach ausgeschaltet werden.

Die Vermengung von Beschreibungen mit Urtheilen über die Entstehung ist ein sehr häufiger Zug in diesen Anamnesen.

Das fortwährende Fragen nach den Ursachen, welches vom Standpunkte der speculativen Psychologie ein Ausdruck eines tiefen intellectuellen Bedürfnisses der Menschen sein mag, ist praktisch der Grund zu vielen Fehlschlüssen und zur unwillkürlichen Fälschung der einfachen Thatsachen.

Oft wird eine zufällige chronologische Aufeinanderfolge zu einer Kette von Ursache und Wirkung ausgestaltet. Oft sind die Causalitätsschlüsse durch Vorurtheile oder Affectzustände beeinflusst.

Sehr verbreitet ist die Neigung, bestimmte Menschen oder äussere Umstände für den Ausbruch von Krankheitszuständen verantwortlich zu machen, welche für den Erfahrenen den endogenen Charakter deutlich an sich tragen.

Die Erhebung einer Anamnese ist ein fortwährender Kampf mit den Denkfehlern der Referenten.

Man muss sich andauernd vor Augen halten, wer den Bericht giebt, in welchem Verhältnis der Referent zu dem Kranken steht und welche Voreingenommenheit natürlicher Weise in Betracht kommen kann, wie viel von dem Bericht auf eigener Beobachtung beruht, ob in der Art der Erzählung eine bestimmte Auffassungsart typisch wiederkehrt, ob sich Lücken und Widersprüche in den Beschreibungen finden. Vor allem ist es nöthig, auf Grund der durch die eigene Untersuchung gewonnenen Eindrücke führend in den Gang der Unterhaltung einzugreifen und die wesentlichen Punkte herauszuheben, in welchen die Anamnese den Befund zu bestätigen, zu ergänzen oder zu modificiren geeignet ist.

Nur so kann aus den oft unklaren Erinnerungen, subjectiven Meinungen und vorzeitigen Urtheilen des Referenten ein brauchbares Material für die Erkenntnis des Vorlebens herausgestellt werden. Auch dieses ist jedoch oft noch so lückenhaft, dass es der Ergänzung durch andere Personen bedarf. Man erlebt hierbei öfters mit Ueberraschung, wie bei diesen sich das Vorleben eines Kranken völlig anders darstellt als bei dem ersten Referenten; wie eine Menge von Zügen eine andere Beleuchtung gewinnen, wie neue Thatsachen erscheinen, andere zurücktreten.

Auch hier muss wieder die kritische Sichtung beginnen, ohne welche die Erhebung einer Anamnese nichts als die Wiederholung der subjectiven Meinung eines Menschen über einen Krankheitszustand sein würde.

Die deutliche Herausstellung des Vorlebens eines Kranken ist also eine Aufgabe, die ebensoviel Sorgfalt verlangt, wie die Untersuchung selbst, — die öfter bei mangelhafter geistiger Qualität der Referenten sogar noch schwieriger als jene sein kann.

Jedenfalls soll der Diagnostiker jede Gelegenheit wahrnehmen, um seine Kenntnis über das Vorleben eines Kranken zu vermehren und zu befestigen. Im Betriebe der Anstalt werden besonders die Besuche von Angehörigen nach dieser Richtung benützt werden.

Ist die Nothwendigkeit der anamnestischen Forschungen schon in gewöhnlichen diagnostischen Fällen gegeben, so trifft dies noch in höherem Maasse zu, sobald es sich um Untersuchungen in Bezug auf den Geisteszustand eines Menschen auf gerichtliche Anforderung handelt, wie sie auch an den praktischen Arzt herantreten können.

Hierbei macht sich die Beschaffung urkundlicher Nachweise über die Leistungen in der Schule, späteres Verhalten im Dienst u. s. w. öfter

erforderlich, wenn das Urtheil über das Vorleben mit genügender Sicherheit gefällt werden soll.

Bei allen diesen Nachforschungen ist der Befund der eigenen Untersuchung vor allem im Auge zu behalten.

Nur durch kritische Sichtung der erreichbaren Daten und durch Vergleichung des anamnestischen Materials mit dem Befund kann eine Anamnese entstehen, welche die Forderung einer objectiven Darstellung des Vorlebens erfüllt.

Erforschung der Ursachen.

Die Erforschung der Krankheitsursachen ist einer der wesentlichsten Punkte bei Erhebung der Anamnese. Auf die Schwierigkeiten, die hierbei aus den Denkfehlern der Referenten entstehen, ist schon hingewiesen worden. Voraussetzung einer richtigen Causalitätsforschung ist die genaue Darstellung der chronologischen Verhältnisse. Es muss jedoch sorgfältig geprüft werden, ob aus der chronologischen Aufeinanderfolge ein Causalverhältnis abgeleitet werden kann; zu diesem Zweck muss gefragt werden, ob im allgemeinen bei dem Individuum bestimmte Erscheinungen auf gewisse veranlassende Momente erfolgen. Es handelt sich darum, das Verhältnis von äusseren Reizen zu der durch innere Anlage bedingten Art der Reaction klarzustellen. Es ist hierbei zu ermitteln, ob bestimmte Dispositionen bei geringfügigen Reizen in übermässiger Weise zur Wirksamkeit kommen, z. B. Auftreten von Schrecken bei kleinen Anlässen, starke Ermüdung nach mässigen Arbeitsleistungen, zornige Erregung nach kleinen Unannehmlichkeiten, übermässiger Aerger nach Zurücksetzungen. In allen diesen Fällen überwiegt das innere Moment der Disposition, mag diese nun angeboren oder erworben sein, den Werth des äusseren Reizes völlig.

Ebenso ist nach der Art der Reaction des Individuums auf bestimmte Genussmittel, besonders Alkohol, zu fragen. Die Intoleranz gegen Alkohol, die strafrechtlich eine grosse Rolle spielt, lässt sich häufig bei genauer Anamnese durch charakteristische Erlebnisse nach Aufnahme geringer Alkoholquantitäten weit im persönlichen Leben zurückverfolgen.

Mehrfach giebt die Feststellung über solche Reactionsarten, die bei einem Individuum schon vorhanden waren, bevor eine Reihe von Krankheitserscheinungen auftrat, den Ausschlag, um in dem Ablauf einer Symptomenreihe einem bestimmten Momente den Werth einer Ursache zu geben, oder auch um zu den Krankheitserscheinungen die richtige Ursache mit Wahrscheinlichkeit zu ergänzen. Wenn z. B. bei einer Person, die plötzlich mit Verwirrtheit und Tobsucht erkrankt, anamnestisch festgestellt ist, dass schon immer nach grösseren oder kleineren Alkoholdosen nervöse und psychische Störungen geringerer Art anfallsweise aufgetreten sind, so wird man die Frage aufwerfen müssen, ob nicht auch die schwere Störung als Reaction auf Alkoholwirkung aufgefasst werden kann. Ebenso kann die anamnestische Feststellung über das leichte Auftreten von Angst bei geringen Anlässen diagnostische Bedeutung gewinnen, um einen scheinbar melancholischen Erregungszustand im Lichte eines psychogenen (hysterischen) Anfalles erscheinen zu lassen.

Umgekehrt kann die Abwesenheit solcher Reactionen, in denen bestimmte Dispositionen zum Vorschein kommen, den Ausschlag geben,

um ein Moment, das in der Einleitung einer Krankheit scheinbar eine grosse Rolle spielt, als ein ätiologisch unwesentliches erkennen zu lassen. Als Beispiel nenne ich die Fälle von fortschreitendem Schwachsinn mit starken Alkoholexcessen, die gelegentlich als Alkoholismus aufgefasst werden, während eine genaue Anamnese herausstellt, dass die Betreffenden früher keine Neigung zum Alkohol gehabt haben und dass schon eine Zeit vor dem Alkoholmissbrauch abnorme Züge aufgetreten sind. Hierdurch stellt sich der Alkoholismus dann lediglich als ein späteres Symptom der Krankheit heraus, die in manchen von diesen Fällen sich als eine paralytische erweist.

Man darf also bei Causalitätsforschungen niemals die blosse Reihe von Krankheitssymptomen ins Auge fassen, sondern muss versuchen, die angeborene Disposition der Kranken durch unbefangene Prüfung des gesammten Vorlebens zu erforschen. In dieser Richtung ist gerade den praktischen Aerzten durch ihre nahe Beziehung zu den Familien ein viel weiteres Feld der Beobachtung eröffnet, als es die an den Anstalten angestellten Aerzte meist vor sich haben. Während diese in den meisten Fällen bei Erforschung der schon früher vorhandenen Anlage auf die Aussagen von Angehörigen angewiesen sind, kann der Hausarzt hierbei oft eine Reihe von eigenen Beobachtungen heranziehen. In dieser Richtung könnte gerade von den Praktikern der wissenschaftlichen Psychiatrie eine grosse Hilfe geleistet werden, vorausgesetzt, dass solche Beobachtungen nicht durch dogmatische und einseitig pädagogische Vorstellungen verdorben werden.

Die weitere Aufgabe, die Art der angeborenen Disposition durch psychophysische Reactionen in Zahlen auszudrücken und allmählich die natürlichen Gruppen von Beanlagungen wissenschaftlich herauszustellen, soll hier nur kurz angedeutet werden. Es kann dies vorläufig nur im bescheidensten Rahmen versucht werden, wenn auch die Bearbeitung einer exacten Individualpsychologie in diesem Sinne ausserordentlich wünschenswerth wäre. Für den praktischen Arzt kommen diese Methoden zur Zeit noch nicht in Betracht, während ihm die unbefangene Beobachtung und das Charakterstudium eine Fülle von einfachen Resultaten bieten kann, die bei dem Ausbruch einer Psychose diagnostische Bedeutung erhalten können.

Neben der Frage der angeborenen Disposition kommt andererseits die Summe von äusseren Verhältnissen und Reizen in Betracht, denen das Individuum ausgesetzt war. Hierbei wird nun ohne Rücksicht auf wissenschaftliche Forschung mit der Construction von Causalverhältnissen oft sehr einseitig verfahren. Da man als mögliche Ursachen von Geistesstörung fast alle Momente aufzuzählen pflegt, welche dem natürlichen Gefühl als etwas Unangenehmes erscheinen, gleichgiltig ob sie eigentliche äussere Momente darstellen oder innere Dispositionen, die gelegentlich durch äussere Reize zur Wirksamkeit kommen, so liegt es nahe, wenn in der Anamnese einer Geisteskrankheit ein solches Moment vorkommt, dasselbe als das ätiologisch wesentliche zu betrachten. Gerade durch diese leichtfertige Annahme von Causalitäten ist die wissenschaftliche Bearbeitung dieses Gebietes sehr gehemmt worden.

So findet man gelegentlich Ueberarbeitung oder Schreck als Ursache einer Psychose bezeichnet, die sich als symptomatische Geistes-

krankheit bei einer Nierenkrankheit erweist. Es werden Momente, die fast bei jedem Menschen vorhanden sind, z. B. Aufregungen, Sorgen u. s. f., einseitig betont und zur Ursache einer Psychose gemacht. Dasselbe gilt für Verletzungen, die öfter als Ursache von Psychosen angeschuldigt werden, während sie bei unbefangener Betrachtung manchmal nur nebensächliche Bedeutung haben. Um ätiologische und diagnostische Fehler zu vermeiden, ist besonders auf die Nothwendigkeit gründlicher körperlicher Untersuchung dringend hinzuweisen, die oft Thatsachen aufdeckt, denen gegenüber solche willkürliche Annahmen werthlos werden. Lässt diese im Stich und ist man in Bezug auf Verursachung lediglich auf die Kritik der Anamnese angewiesen, so muss geprüft werden, ob ein Moment vorliegt, welches in einem den Durchschnitt an Intensität und Häufigkeit übersteigenden Maasse auf das Individuum eingewirkt hat. Dies gilt in körperlicher Beziehung von erschöpfenden Momenten, z. B. sehr schweren Blutungen, vielfachen Nachtwachen oder fortgesetzter Nachtarbeit, besonders wenn ein nachheriges Ausruhen nur ungenügend stattfindet, ferner besonders vom Puerperium; in psychischer Beziehung von vielfachen Sorgen und schwierigen Lebensverhältnissen, besonders wenn sie mit dauernder Spannung der Erwartung verknüpft sind, sowie von plötzlichen Schreckwirkungen. Dabei wird man das chronologische Verhältnis der pathologischen Zustände zu diesen Umständen im Auge behalten.

Auch wenn ein solches äusseres Moment deutlich in den Vordergrund tritt, muss man meist die gleichzeitige Bedeutung der „inneren Ursachen“ anerkennen, da andere Individuen unter den gleichen Verhältnissen gesund bleiben. Trotzdem wird man das äussere Moment in solchen Fällen mindestens als Conditio sine qua non der Krankheit bezeichnen können.

Schliesslich muss hervorgehoben werden, dass in der Physiologie eine so einseitige Causalität, wie der menschliche Verstand sie sich vorstellt und fordert, vielleicht nur selten vorkommt, dass vielmehr zu einer physiologischen Erscheinung eine Reihe von „Ursachen“ zusammenwirken können. Immerhin ist es praktisch erlaubt, diejenige als Ursache zu bezeichen, der im Rahmen des Ganzen die wesentliche Bedeutung zukommt.

Nach diesen Betrachtungen über die Methode, eine Causalität nachzuweisen, stelle ich die verschiedenen Arten von Ursachen zusammen. Dabei halten wir den Gedanken fest, dass die Krankheit, abgesehen von den Fällen, in denen sie rein auf angeborener Grundlage ausbricht, als Product aus innerer Beanlagung oder erworbener Disposition und äusserer Ursache betrachtet werden muss, wobei wir unter äusserer Ursache alle extracerebralen Momente verstehen.

Aus dem Gebiete der angeborenen Disposition nenne ich z. B. abnorme Erreglichkeit der Nervensubstanz, leichte Auslösbarkeit von Angst.

Von den äusseren Ursachen betone ich:

1. Mechanische Störungen (Verletzungen, Erschütterungen, Circulationsstörungen).

2. Intoxicationen, *a)* durch Stoffe, die von aussen in den Körper gelangen: Alkohol, Blei, Cocain, Morphium; *b)* durch Stoffe, die in dem

Körper entstehen bei Urämie und Diabetes, ferner im Zusammenhang mit dem Puerperium.

3. Ernährungsstörungen (Entkräftung durch Blutungen, Ueberarbeitung, Strapazen, Puerperium).

4. Psychisch wirkende äussere Momente: Schreckhafte Ereignisse.

Während man in vielen Fällen die Krankheit als Product aus Disposition und äusserer Ursache betrachten kann, giebt es nun zweifellos in der Psychopathologie Fälle, wo die äussere Ursache ganz zurücktritt und das Moment der angeborenen Anlage eine entscheidende Rolle spielt. Die Feststellung, dass es Geistesstörungen giebt, die ohne äussere Veranlassung, auch, nachdem eine normale Lebensperiode vorausgegangen ist, lediglich auf Grund einer bestimmten Veranlagung ausbrechen können, ist einer der wichtigsten Fortschritte, den die Causalitätsforschung in diesem Gebiet gemacht hat. Sie führt über die rein physiologische Betrachtung der angeborenen Anlage hinaus in das phylogenetische Gebiet der Heredität.

Feststellung der hereditären Belastung.

Neben der auf die Entwickelung der Persönlichkeit gerichteten anamnestischen Forschung ist es für die psychiatrische Diagnostik wichtig, die Stellung des Individuums in der Entwickelungsreihe der Familie zu betrachten.

Dabei ist zunächst nothwendig, vom Gesammtbestand der Familie im physiologischen Sinne auszugehen, nicht von den noch erhaltenen Mitgliedern derselben, wie das manchmal geschieht. Häufig werden bei der Frage nach den Geschwistern nur die lebenden genannt, während verstorbene Kinder und Fehlgeburten von den Eltern nicht erwähnt werden. Die Todesursache der Verstorbenen muss nach Möglichkeit festgestellt werden, wodurch man manchmal wichtige diagnostische Winke erhält. Es kommt z. B. in der Anamnese von Epileptischen auffallend oft vor, dass Geschwister in jugendlichem Alter durch Krämpfe zugrunde gegangen sind. In Bezug auf die Fehlgeburten muss nach Möglichkeit die Zeit der Schwangerschaft und Ursache festgestellt werden, wobei sich manchmal unter Ausschluss mechanischer Ursachen (Fall, Heben) und anderer von aussen wirkender Momente (Syphilis) eine nervöse Disposition der Mutter (Schreck bei geringem Anlass u. a.) herausstellt.

Sodann sind beide Componenten der Generation (Vater und Mutter) gleichmässig zu berücksichtigen. Die einseitige Betrachtung des väterlichen Stammbaumes, welche der Gewohnheit genealogischer Betrachtung entspricht, ist zu vermeiden. Es muss nach Möglichkeit die gesammte Ahnentafel, d. h. das Verzeichnis derjenigen Personen, welche in der Generationsreihe direct oder indirect zu der Entstehung eines Individuums beigetragen haben, durch wenigstens drei Glieder aufgestellt werden. In diesem Punkte deckt sich das praktische Bedürfnis der Psychiatrie völlig mit den Anforderungen der wissenschaftlichen Genealogie.*

---

* Vergl. *Lorenz*, Lehrbuch der wissenschaftlichen Genealogie. 1899.

Für die Psychopathologie kommt jedoch darüber hinaus das weitere Gebiet der Blutsverwandtschaft erheblich in Betracht. Es muss scharf betont werden, dass dieses weit mehr umfasst, als die Ahnentafel, da von den einzelnen Personen durch Geschwister dieser Seitenlinien ausgehen, deren Mitglieder nicht in die Generationsreihe des Individuums hineingehören und doch blutsverwandt mit demselben sind. Es entspricht den naiven Anschauungen über Vererbung, wenn für die Frage der erblichen Belastung zunächt die Beschaffenheit der Vorfahren, im engeren Sinn der Generationsreihe in Betracht gezogen wird. Das unbefangene Studium lehrt jedoch, dass ein Individuum auch durch solche Blutsverwandte als erblich belastet erscheinen kann, die nicht in die Generationsreihe desselben gehören.

Für die Beurtheilung der endogenen Geistesstörungen ist von grosser Wichtigkeit die Kenntnis dessen, was man kurz als Heredität bezeichnet.

Unter Heredität im psychiatrischen Sinne ist weiter nichts zu verstehen als die Thatsache, dass in der Blutsverwandtschaft eines bestimmten Menschen mehrere Fälle von psychischer Abnormität vorgekommen sind. Heredität ist also ein weiterer Begriff als „Vererbung“. Bei „Vererbung“ denkt man immer an die Fortpflanzung von Eigenschaften der Eltern in den Kindern, oder im weiteren Sinn an das nothwendige Product aus den Zeugungselementen der Eltern. Es können wahrscheinlich die Zeugungselemente, z. B. unter dem Einfluss von Intoxicationen, in einen Zustand versetzt werden, aus welchem in dem Gehirn des producirten Kindes endogene Geistesstörungen zustande kommen, ohne dass die Erzeuger selbst jemals psychopathisch gewesen wären. In diesem Fall kann eigentlich von „Vererbung“ nicht gesprochen werden, weil ja der psychopathische Zustand des Kindes gar nicht seine Quelle in einem psychopathischen Zustand der Eltern, sondern in einer exogenen Schädigung der Keimelemente hat. Immerhin ist hier doch wenigstens von der Hervorbringung eines Zustandes im Kinde durch einen Zustand der Eltern die Rede, also von einem Causalitätsverhältnis.

In dem psychiatrischen Begriff der Heredität ist jedoch von diesem Causalitätsverhältnis gar nicht mehr die Rede. Es kann z. B. jemand durch seine eigenen Kinder hereditär belastet erscheinen, wenn die Geistesstörung dieser nicht durch exogene Ursachen (Syphilis—Paralyse, Alkohol—Delirium tremens etc.) bedingt ist. Es verbirgt sich also eigentlich hinter dem Wort Heredität nur der allgemeine Schluss, dass, wenn in einer Familie mehrere Fälle von nicht durch äussere Ursachen erklärbaren Geistesstörungen vorkommen, wahrscheinlich auch noch andere Mitglieder derselben zu Geistesstörungen disponirt oder determinirt sein werden. Es handelt sich hier nicht um Causalität in Bezug auf das Hervorbringen von Kindern mit Anlage zu Geistesstörung, sondern um den Wahrscheinlichkeitsschluss von einzelnen vorhandenen Fällen auf andere noch nicht vorhandene in einer Blutsverwandtschaft.

Diesem Schluss liegt die Thatsache zugrunde, dass in manchen Familien eine auffallende Häufung von Geisteskrankheiten zu bemerken ist. Diese Thatsache der Häufung von Geisteskrankheiten in bestimmten Familien ist nun im Sinne einer pessimistischen Weltauffassung zur Rechtfertigung der Décadence-Lehre verwendet worden. Man hat die Häufung

von psychopathischen Zuständen in einer Familie als Ursache der völligen physischen und psychischen Entartung aufgefasst. Die schematische Darstellung dieser Auffassung der Hereditätsverhältnisse ist eine allmählich constant absinkende Curve. In der That giebt es Stammbäume, welche diesen fortschreitenden physischen und psychischen Zerfall klar kennzeichnen.

Es ist aber durchaus falsch, dieses Schema als vollgiltigen Ausdruck der Hereditätsverhältnisse aufzufassen. Es ist Zeit, die Thatsache hervorzukehren, dass aus einer Blutsverwandtschaft in der weiteren Nachkommenschaft allmählich die Geistesstörungen wieder verschwinden können, wenn ein Zufluss von normalen Beanlagungen aus anderer Blutsverwandtschaft erfolgt. Der Thatsache der Degeneration, welche für die Literatur jahrzehntelang den wissenschaftlichen Hintergrund des Pessimismus bildete, muss die ebenso sichere Thatsache der Regeneration im Laufe von Geschlechtern entgegengestellt werden.

Der erste Punkt, welcher in dieser Beziehung hervorgehoben werden muss, ist der Umstand, dass sich die erbliche Anlage bei Kindern von Eltern, von denen der eine Theil dauernde, unheilbare Geistesstörung hat, durchaus nicht in dauernder, unheilbarer Geistesstörung zu äussern braucht, sondern vielmehr sehr häufig in kurzen Anfällen mit sehr guter Prognose und völliger Wiederherstellung zutage treten kann.

Nach der Antecipation der pessimistischen Décadence-Lehre, welche zum Theil auch in wissenschaftliche Publicationen eingedrungen ist, müsste die Geistesstörung eines erblich belasteten Kindes graduell mindestens ebenso schwer oder noch schwerer sein, als die Geistesstörung der oder eines der Ascendenten.

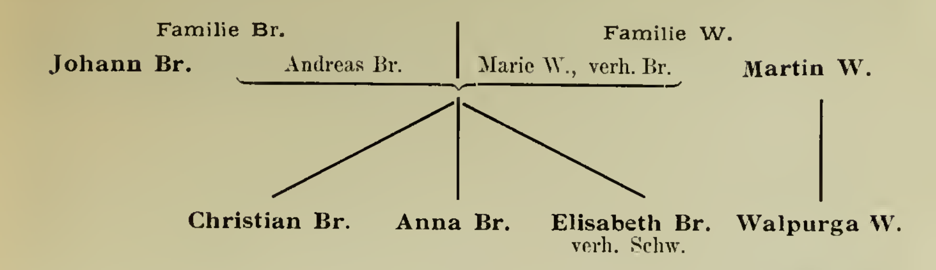
Es wird sehr häufig der Begriff der erblichen Belastung als ein prognostisches Moment aufgefasst, derart, dass das Wort „hereditär" den Nebenbegriff des „Unheilbaren" bekommt. Diese Verwechselung ist durchaus zu verwerfen. Eine Menge von unzweifelhaft hereditär bedingten Geistesstörungen hat durchaus eine gute Prognose. Die Prognose ist immer nur aus der Beschaffenheit der Krankheitsform, nie aus der blossen Thatsache der Heredität zu stellen.

In Bezug auf die Décadence-Lehre ist dieser Umstand der erste Gegenbeweis.

Es kommen ferner Familien vor, in denen Geistesstörungen bei den Grosseltern und Urgrosseltern gewesen sind, ohne dass die Enkel noch besondere psychische Abnormitäten zeigen. Das „Abklingen" von psychopathischen Familienanlagen zeigt sich z. B. darin, dass Kinder aus Familien mit einer Ascendenz, in welcher schwere Geistesstörungen gewesen sind, nur mit ganz leichten Abnormitäten (Zwangsgedanken, leichte hysterische Zustände etc.) davon kommen.

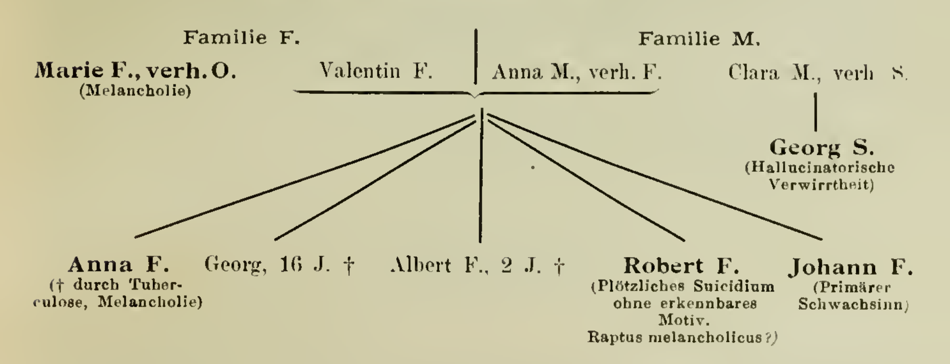
Nimmt man grosse Zeiträume, so erscheinen die Hereditätsthatsachen nicht mehr als eine sich constant senkende Curve, sondern als ein Abschwellen und Wiederanschwellen der normalen Beanlagungen. Nimmt man dagegen kleinere Zeiträume, so könnte man in der That auf die Lehre von der fortschreitenden Décadence geführt werden.

Ich gebe nun zunächst einen Stammbaum*, welcher an einer bestimmten Familie dieses Verhalten illustrirt.



Hier haben sich also zwei Personen (Andreas Br. und Marie W.) verheiratet, welche beide je einen geisteskranken Bruder hatten, jedoch ihrerseits dauernd gesund geblieben sind. Diese geistig normalen Personen haben nun drei geisteskranke Kinder, und auch die Tochter des Bruders der Mutter (Walpurga W.) ist geisteskrank. Dieser Stammbaum erweckt in der That den Eindruck der fortschreitenden Décadence.

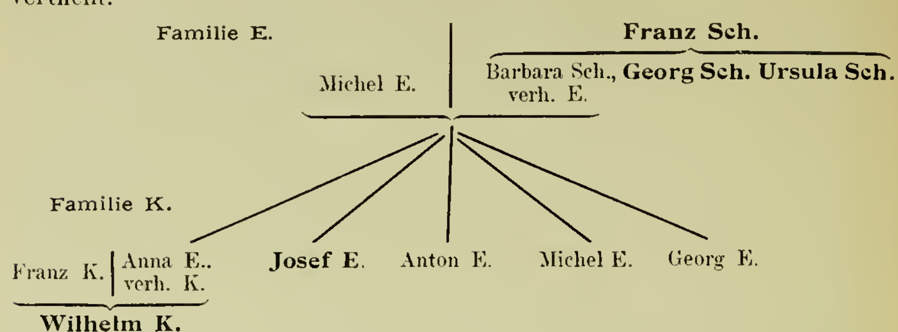
Aehnlich ist es mit folgendem Stammbaum:



Hier sind also auch beide Eltern (Valentin F. und Anna M.) geistig normal, haben aber geisteskranke Blutsverwandte. Die Schwester des Vaters war melancholisch, ein Geschwisterkind der Mutter hatte an hallucinatorischer Verwirrtheit gelitten. Von den fünf Kindern sind zwei geistig gesund gestorben, das dritte starb geisteskrank an Tuberculose, das vierte durch einen im höchsten Grade auf ausbrechende Geistesstörung verdächtigen Selbstmord, das fünfte (Knabe von 16 Jahren) ist in leichten Schwachsinn verfallen. Auch hier scheint die von beiden Seiten vorhandene Belastung zu der Décadence mitzuwirken. Allerdings machen wir dabei die Voraussetzung, dass das Geschwisterkind der Mutter (der geisteskranke Georg S.) aus der Familie der Mutter M., nicht aus der Familie seines Vaters S. belastet ist.

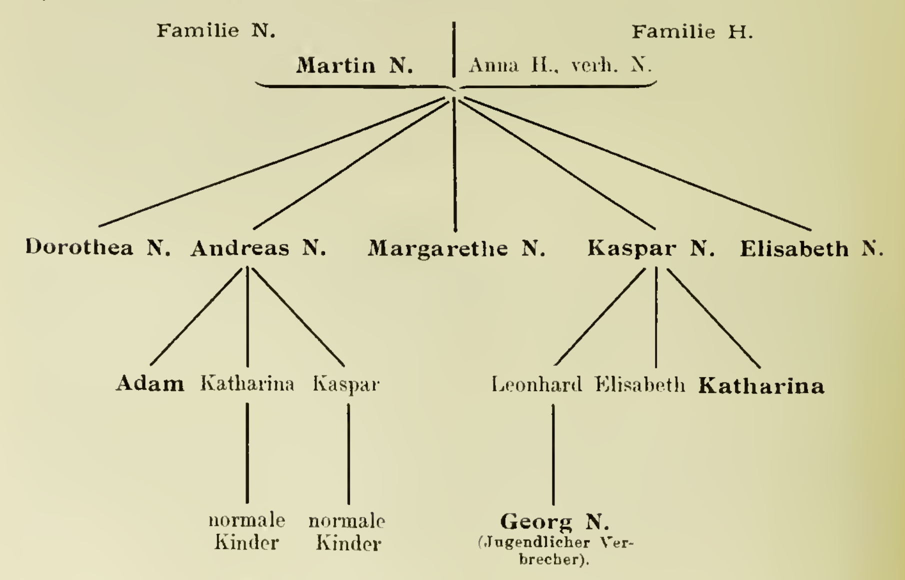
* Nach einem hektographischen Schema der psychiatrischen Klinik in Würzburg. Die Namen der psychopathischen Familienglieder sind fett gedruckt.

Diese progressive Häufung ist jedoch durchaus nicht die Regel. An manchen Stammbäumen scheinen die pathologischen Fälle ganz sporadisch vertheilt.



Hier erscheint also die Grossmutter des Wilhelm K., nämlich Barbara Sch., verheiratete E., sehr stark erblich belastet durch den geisteskranken Vater und zwei geisteskranke Geschwister. Im Hinblick auf die Décadence-Lehre ist es nun sehr zu bemerken, dass von den fünf Kindern dieser schwer belasteten Frau nur eines geisteskrank ist (Joseph E.). Die Tochter Anna E., verheiratete K., ist selbst geistig ganz gesund, hat aber den geisteskranken Sohn Wilhelm. Hier ist das eigenthümlich sprunghafte Auftreten der psychopathischen Beanlagung bemerkenswerth. Jedenfalls kann hier nicht von einer progressiven Décadence wie in den vorigen Fällen geredet werden.

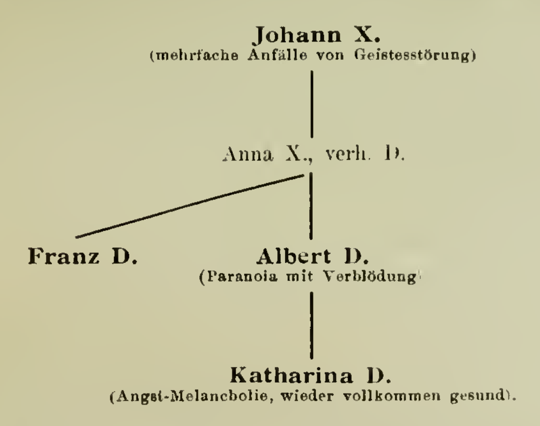
Diese Art der Vertheilung bildet den Uebergang zu der in dem folgenden Stammbaum ersichtlichen:



Hier werden also in der Ehe des später geisteskrank gewordenen Martin N. mit der geistig gesunden Anna H. fünf Kinder geboren, welche

sämmtlich zum Theil nach Verheiratung in Geisteskrankheit verfallen. Aber nun sind keineswegs sämmtliche Nachkommen degenerirt, wie es doch eigentlich im Sinne der Décadence-Lehre sein müsste, sondern von den je drei Kindern der beiden geisteskranken Geschwister Andreas und Kaspar N. wird nur je eines geisteskrank, während vier ganz normal bleiben und von diesen wiederum zwei sogar auch wieder normale Nachkommenschaft haben. Trotz der drei sporadischen Fälle: Adam, Katharina und Georg kann man hier entschieden von einer Besserung der psychischen Beanlagung in der Familie reden. Läge blos die erste Descendenten-Reihe, nämlich die der fünf geisteskranken Kinder einer geisteskranken Mutter vor, so würde der Stammbaum von den Vertretern der Décadence-Lehre als eclatantes Beispiel für ihre Ansicht angezogen werden. In Wirklichkeit aber ist es denkbar, dass in der Nachkommenschaft von Katharina N. und Kaspar N., den Kindern des Andreas N., die Geisteskrankheit allmählich erlischt.

In Bezug auf die wechselnden Krankheitsformen, in welchen die hereditäre Anlage zum Ausbruch kommen kann, ist für unsere diagnostischen Zwecke eigentlich nur die Thatsache wichtig, dass nach schweren unheilbaren Geistesstörungen der Vorfahren — sehr leichte und prognostisch günstige „Anfälle" bei den Nachkommen vorkommen können. In dieser Beziehung ist folgender Stammbaum von Interesse:



Hier hat also der Urgrossvater der Katharina anscheinend an periodischer Geistesstörung gelitten, der Vater der K. an einer zur Verblödung führenden Paranoia, die K. selbst an einer vermuthlich zur völligen Heilung führenden Melancholie.

Die Thatsache, dass es offenbar endogene Anfälle von Geistesstörung giebt, welche nach ihrem symptomatischen Charakter als prognostisch günstig aufgefasst werden müssen (Melancholie, Manie), giebt uns Veranlassung, den Begriff des Degenerativen etwas einzuschränken. Oft werden die Worte „endogen" und „degenerativ" promiscue gebraucht. Es ist jedoch besser, das Wort degenerativ auf diejenigen endogenen functionellen Geistesstörungen einzuschränken, welche zu einem *dauernden geistigen Schwächezustande führen*.

Begriff der Degeneration.

Wir müssen den Begriff der degenerativen Formen des Irreseins etwas genauer behandeln. Der Ausdruck „degeneratives Irresein" enthält, wenn das Adjectivum „degenerativ" darin nicht blos in dem ganz verwaschenen Sinne gebraucht sein soll, dass dieses Irresein irgendwelche Beziehungen zur Degeneration hat, die Behauptung, dass es bestimmte charakteristische Züge giebt, welche eine Psychose als Ausdruck von Degeneration erkennen lassen. Es muss also zunächst festgestellt werden, was unter Degeneration zu verstehen ist. Dabei kann man von dem Begriff des „Endogenen" ausgehen. Es muss hierunter eine durch die Componenten der Generation implicite bedingte, bis in's Pathologische gehende Abweichung vom normalen Zustand des Genus verstanden werden. Es fallen dadurch zunächst alle diejenigen Psychosen aus dem Begriff des endogenen Irreseins heraus, welche durch von aussen an eine gesunde Organisation herangebrachte Schädlichkeiten entstehen, d. h. alle exogenen Geisteskrankheiten. Hierher gehören also zunächst alle durch grobe Gehirnzerstörungen bedingten Geistesstörungen (bei Paralysis progressiva, multipler Sklerose des Gehirns, Hirntumoren, Porenkephalie etc.), ferner diejenigen Fälle von Idiotie, welche durch cerebrale Erkrankung im fötalen oder kindlichen Leben bedingt sind. Ferner fallen a priori aus dem Begriff heraus alle durch Intoxication im weitesten Sinne bedingten Psychosen.

Wir verstehen nun unter dem „degenerativen" Irresein alle diejenigen klinisch ganz verschiedenen Formen von endogener Geistesstörung, welche zu dauernden Zuständen geistiger Schwäche führen.

Hierbei sind folgende Krankheitsformen namhaft zu machen und der Reihenfolge nach abzuhandeln:

I. Der angeborene, nicht durch organische Hirnerkrankung (Porenkephalie, Hydrokephalie etc.) bedingte Schwachsinn.

II. Der später ausbrechende „primäre" Schwachsinn.

III. Die originäre Paranoia.

IV. Die Paranoia tarda.

Wir müssen nun die Frage erörtern, ob der degenerative Charakter dieser psychopathischen Zustände sich durch körperliche Degenerationszeichen verräth, so dass wenigstens dadurch ein einheitlicher klinischer Charakter des „degenerativen" Irreseins bestimmt würde.

Wer den Streit über die Degenerationslehre im allgemeinen und über die Criminalanthropologie im besonderen vorurtheilslos verfolgt hat, muss zu der Ueberzeugung gekommen sein, dass diese ganze wissenschaftliche Bestrebung in eine Krisis gerathen ist. Der Begriff des Degenerationszeichens ist so erweitert worden, es sind so verschiedene Zustände darunter zusammengefasst worden, dass es zur Zeit wohl keinen lebenden Menschen giebt, der nicht auf Grund dieser Begriffserweiterung für degenerirt erklärt werden könnte.

Ebenso wie unsere ganze Literatur von der Décadence-Lehre vollständig beherrscht ist, so wird auch die Wissenschaft von ihr immer mehr verwässert, indem speciell in der Psychiatrie eine Reihe ganz heterogener psychopathischer Zustände unter diesem Sammelnamen zusammengefasst

werden, deren Pathogenese und klinische Form genauer zu erforschen eine sehr lohnende Aufgabe der klinischen Psychiatrie sein könnte.

Es muss in dieser Beziehung entschieden auf eine Einschränkung gedrungen werden. Bevor das Wort Degenerationszeichen definirt werden kann, muss erst definirt werden, was Degeneration ist. Wir verstanden darunter (vergl. oben) eine durch die Componenten der Generation implicite bedingte, bis ins Pathologische gehende dauernde Abweichung vom normalen Zustand des Genus.

Der „normale Zustand" ist nun aber kein morphologischer Begriff, sondern ein physiologischer (functioneller). Morphologische Abweichungen kommen nur insofern in Betracht, als dadurch Störungen der normalen Function bedingt oder angedeutet sind. Es ist also völlig verfehlt, morphologische Abweichungen und Degenerationserscheinungen zu identificiren, was sehr häufig geschieht. Wenden wir unsere Definition z. B. auf die verschiedenen Ohrformen an, welche in der Degenerationslehre eine Rolle spielen. Als degenerirt sind diejenigen Ohrformen zu bezeichnen, welche vermöge ihrer Form dem physiologischen Zweck des äusseren Ohres nicht mehr entsprechen. Morphologische Abweichungen sind nur dann als Degenerationszustände zu bezeichnen, wenn die Function des Organs dadurch geschädigt wird. Die morphologische Betrachtung und Messung der Organe hat nur insofern einen Werth, als sie der Functionsprüfung parallel läuft.

Damit fallen nun sofort eine Menge von morphologischen Kleinigkeiten, mit denen jetzt ein grosses Wesen gemacht wird, aus dem Rahmen der Degenerationslehre heraus. Ob z. B. ein Ohrläppchen „sessil" ist oder nicht, wird jedenfalls für die Function der Ohrmuschel als Ganzes sehr gleichgiltig sein. Die subtilen Untersuchungen, welche über das Ohrläppchen vorgeschlagen werden, hätten nur dann für die Degenerationslehre einen Werth, wenn das Ohrläppchen entweder für die Ohrmuschel als Ganzes oder als selbstständiges Gebilde eine functionelle Bedeutung hätte. Ebenso verhält es sich mit vielen morphologischen Abweichungen des Knochenbaues, z. B. dem Torus palatinus, welche gar keine Degenerationserscheinungen in unserem Sinne sind, sondern einfach Curiositäten, welche allerdings in die descriptive Naturwissenschaft gehören, aber nicht in die Degenerationslehre, die es mit endogenen Abweichungen von der normalen Function zu thun hat. Nur dann würden diese Dinge eine Bedeutung für die psychopathologische Diagnostik bekommen, wenn man nachweisen könnte, dass ihre Form vom Gehirn aus während des Wachsthums beeinflusst ist und als Symptom von bestimmten Zuständen des Gehirns zu gelten hat.

Um diesen Nachweis zu liefern, ist jedoch die rein descriptive und statistische Methode unzureichend.

Wenn die Degenerationslehre auf dem bisher eingeschlagenen rein morphologischen Wege weitergeht, wird sie in eine Kleinmalerei verfallen, welcher jeder Zusammenhang mit einer physiologischen Naturbetrachtung fehlt. Dieser Progressus ad infinitum in der Forderung von „Exactheit", welche darauf hinausläuft, alles blos zu messen und zu beschreiben, was nur durch die Beziehung auf seine Function Bedeutung bekommt, tritt in neuerer Zeit immer deutlicher hervor und wird mit Nothwendigkeit zu einer Ausartung der rein morphologischen Richtung in der Degenerationslehre führen.

Für jeden einzelnen Theil der Ohrmuschel würde ein Specialforscher nothwendig sein, welcher sein ganzes Leben hindurch unbekümmert um die übrige Beschaffenheit der Ohrmuschel, z. B. die Winkelstellung des Tragus zum Antitragus bei den verschiedenen Kategorieen von Geisteskranken und Verbrechern, bei verschiedenen Ständen, in verschiedenen Lebensaltern etc. zu messen hätte. Ich halte diese Ausschreitung der rein morphologischen Richtung für durchaus verfehlt und sehe nur in der Rückkehr zur physiologischen Betrachtung einen Ausweg aus diesem diffusen Nebel von Maassen, Zahlen, Tabellen, Formen und Typen.

Wir fassen also Degeneration auf als Abweichung von der normalen Function, nicht als Abweichung von der morphologischen Form, von der es einen Typus in dem engen Sinne, wie man das Wort in der Degenerationslehre verstanden hat, gar nicht giebt.

Was ist nun in diesem Sinne ein Degenerationszeichen? Diese Wortbildung muss so verstanden werden, dass Zeichen für bestehende Degeneration gemeint sind. Das Wort Zeichen ist nun hier allein im morphologischen Sinne zu verstehen. Es handelt sich um diejenigen morphologischen Kennzeichen, welche die Degeneration andeuten. Es frägt sich nun, ob neben denjenigen morphologischen Abweichungen (Abnormitäten des Baues), welche die Functionsstörung bedingen, noch andere vorhanden sein können, welche sie andeuten, ohne sie zu bedingen. Und zwar bezieht sich diese ganze Betrachtung zunächst immer nur auf ein Organ, z. B. Ohr, Nase, Gehirn etc. Es sind also die Degenerationszeichen daraufhin zu untersuchen, ob die abweichenden Formen des Baues eine Functionsstörung bedingen und gleichzeitig andeuten, oder ob sie nur eine Functionsstörung andeuten, ohne sie zu bedingen. Dieser Unterschied muss scharf durchgeführt werden. Als Beispiel kann man z. B. die Verhältnisse der myopischen Augen anführen, welche ja von sehr vielen Ophthalmologen als endogene Zustände aufgefasst werden. Die abnorme Länge des Auges bedingt die Myopie, die oft vorhandenen abnorm weiten Pupillen und das Staphyloma posticum deuten sie an, ohne sie zu bedingen.

Die stillschweigende Voraussetzung der Degenerationslehre in der bisherigen Form war der Gedanke, dass der degenerirte Zustand eines Organs (z. B. Ohrmuschel), bzw. mehrerer Organe (Ohr, Unterkiefer, Auge) ein Zeichen für die gleichzeitige degenerirte Beschaffenheit eines anderen (nämlich des Gehirns) sei. Es handelt sich dabei also nicht um die Beziehung der morphologischen Abweichung eines Organes zur Degeneration (endogen bedingter dauernder Functionsstörung) des gleichen Organes, sondern eines völlig verschiedenen, nämlich des Gehirns. Hier kann nun von einer Bedingung der Gehirndegeneration durch die morphologische Abnormität gar keine Rede sein, sondern es handelt sich hier ausschliesslich um Zeichen im Sinne der blossen Andeutung. Es ist nun aber ganz klar, dass hier ein nothwendiger Zusammenhang zwischen Degeneration von Organen (wie Ohrmuschel, Auge, Unterkiefer etc.) und Gehirndegeneration durchaus nicht vorliegt. Es giebt eine Menge von Menschen, bei denen einzelne Organe im höchsten Grade Degeneration zeigen, während ihr cerebrales Leben durchaus normal ist. Andererseits giebt es morphologisch ganz normale Menschen, welche endogene psychopathische Zustände (angeborener, nicht durch organische Hirnerkrankung bedingter Schwach-

sinn, originäre Verrücktheit, periodisches und circuläres Irresein etc.) zeigen.

Es sind daher durchaus die Degenerationserscheinungen an einzelnen Organen nicht als eindeutige Zeichen für eine bestehende cerebrale Degeneration aufzufassen, so dass also die ausgedehnte Anwendung des Wortes Degenerationszeichen in psychopathischer Beziehung ganz unzulässig ist. Es handelt sich höchstens um Wahrscheinlichkeit. Wenn wir an circa 5 Organen eines Menschen Degenerationserscheinungen finden, so kann man nur schliessen, dass mit einiger Wahrscheinlichkeit auch das Gehirn Degenerationserscheinungen bieten werde. Für gewöhnlich — besonders in vielen Fällen von Begutachtung — wird fälschlicher Weise der Zusammenhang von Degenerationszuständen einzelner Organe und Degeneration des Gehirns viel enger und stringenter aufgefasst.

Es frägt sich nun, ob der Zusammenhang zwischen morphologischer Abweichung des Schädels und Gehirndegeneration ein engerer und sicherer ist, so dass wenigstens eine abnorme Schädelbeschaffenheit mit einiger Sicherheit für die Annahme der Degeneration des Gehirns bei dem gleichen Individuum in Betracht kommt. Diese Frage ist bei der Behandlung der morphologischen Abnormitäten genauer behandelt worden. Hier sei nur nochmals darauf hingewiesen, dass in jedem einzelnen Fall geprüft werden muss, ob sich die morphologischen Abnormitäten auf einen Krankheitszustand, der das Gehirn in seiner Entwickelung befallen hat, zurückführen lassen.

Neben dem Begriff des Degenerationszeichens scheint mir an zweiter Stelle die statistische Methode, welche bisher in der Degenerationslehre das Feld beherrscht hat, einer gründlichen Revision zu bedürfen. Es hat sich bei der Discussion hierüber* herausgestellt, dass fast alle bisherigen Statistiken über das vorliegende Problem aus der organischen Welt für nicht einwandsfrei erklärt werden können.

Man kommt consequenterweise zu einer Auflösung des enormen Materials, welches man ohne wesentliche Differenzirung bisher verwendet hat, in immer kleinere Gruppen, um übereinstimmende Bedingungen zu bekommen. Und auch diese werden sich leicht als Conglomerat von individuell ganz verschiedenen Dingen, beziehungsweise Menschen verwerthen lassen. Es ist daher viel besser, mit der statistischen Methode in diesem verwickelten Gebiet der organischen Erscheinungen zunächst ganz zu brechen und an Stelle der statistischen Zusammenfassung incongruenter Fälle die sorgfältige Analyse des einzelnen Falles vom pathogenetischen Standpunkt treten zu lassen.

Wir kommen auf Grund von diesen Erörterungen zu folgenden Sätzen:

1. Es giebt endogene pathologische Geisteszustände, bei denen jedes somatische Degenerationszeichen fehlt.

2. Es giebt somatisch beträchtliche „Degenerationsformen" (Prognathismus, auffallende Schädelformen, abnorme Ohrformen etc.) ohne psychische Abnormität.

3. Die Geisteskranken zeigen (wenn man die Fälle, in denen durch bestimmte Erkrankungen gleichzeitig morphologische und psychische

* Cfr. Centralbl. f. Nervenhk. u. Psych. Sept. 1893 bis Febr. 1894. Aufsätze von *Kurella*, *Naecke*, *Sommer*.

Abnormitäten bedingt sind, z. B. Cretinismus, Porenkephalie, Hydrokephalie, Mikrokephalie, abrechnet), nicht mehr körperliche Degenerationszeichen als geistig Gesunde.

Hieraus folgt, dass das Bestehen von somatischen Degenerationszeichen nicht als Beweis für die endogen-pathologische Beschaffenheit eines psychischen Zustandes angesehen werden kann. Im Hinblick auf die Verwirrung, welche durch die Lehren der Degenerationsanthropologie in der psychiatrischen Begutachtung eingerissen ist, muss dieser Satz sehr betont werden. Nur wenn eine morphologische Abnormität, besonders am Schädel, als Folge einer Krankheit, die das Gehirn in der Entwickelung befallen hat, nachgewiesen werden kann, ist dieselbe als Beweismoment bei der psychiatrischen Begutachtung zu verwerthen.

Allerdings kann ein sicherer Schluss auf eine pathologische Geistesbeschaffenheit auch in diesem Falle nur auf Grund der Prüfung der psychischen Functionen gemacht werden.

Dieser Punkt ist von principieller Bedeutung für die weitere Ausbildung der Criminal-Anthropologie.

Es sind in neuerer Zeit bei der Entwickelung der Degenerationslehre zwei Probleme miteinander vermischt worden, welche durchaus unabhängig von einander sind, nämlich:

1. ob es geborene Verbrecher giebt;
2. ob diese angeborene moralische Abnormität sich in significanten, morphologischen Merkzeichen ausdrückt.

Man kann die zweite Frage verneinen, während die erste rein auf Grund von Beobachtung psychischer Functionen unbedingt zu bejahen ist. Es giebt unstreitig Menschen, welche in einem so jugendlichen Alter zwingende Neigungen zu verbrecherischen Handlungen zeigen, dass man von einem angeborenen moralischen Schwachsinn reden kann. Die Behauptung, dass ein solcher Zustand vorliegt, kann niemals auf Grund der Thatsache, dass morphologische Abnormitäten vorhanden sind, aufgestellt, sondern muss aus der psychologischen Beurtheilung des Falles abgeleitet werden.

Die genaue Abgrenzung dieser Zustände von angeborenem, moralischem Schwachsinn, welcher zu den endogenen Geisteskrankheiten zu rechnen ist, von den dem Strafgesetz anheimfallenden verbrecherischen Neigungen ist dringend nothwendig.

Hier heben wir nur den allgemeinen Gesichtspunkt heraus, dass es sich dabei ausschliesslich um psychologische Beurtheilung handelt, es sei denn, dass ein durch bestimmte anderweitige Hirnerkrankung (Porenkephalie, Hydrokephalie, Cretinismus etc.) bedingter Zustand vorliegt.

Jedenfalls kann nicht gezweifelt werden, dass der angeborenen Anlage in der Psychopathologie unabhängig von allen morphologischen Hilfshypothesen eine grosse Bedeutung beizumessen ist.

C. Untersuchung der psychischen Vorgänge.

Die negativen Symptome.

Es erscheint nothwendig, als Einleitung zu der Untersuchung des psychischen Befundes ein Moment klarzustellen, welches allen Anfängern die grössten Schwierigkeiten bereitet und im einzelnen Falle dazu führen kann, dass der Versuch einer Diagnose ganz aufgegeben wird: nämlich das Vorhandensein von „negativen“ Symptomen. Es zeigt sich bei einer grossen Zahl von Geisteskranken für längere oder kürzere Zeit die Eigenthümlichkeit, dass sie äussere Reize, mögen diese tactiler, optischer oder akustischer Natur sein, nicht beantworten und scheinbar gar keine diagnostisch verwerthbare Reaction bieten. Oefter hört man dann die Klage, „dass gar nichts aus dem Kranken herauszubekommen sei“, dass „man mit dem Kranken nichts anfangen könne“; besonders häufig ist dies im sprachlichen Gebiete der Fall. Solchen Aeusserungen liegt die falsche Anschauung zugrunde, als ob nur „positive“ Erscheinungen diagnostisch verwerthbar seien.

Das Ausbleiben einer normaler Weise zu erwartenden Reaction ist jedoch in Wahrheit ein ebenso positives Symptom als eine active Reaction. Und zwar gilt dies nicht nur im Sinne diagnostischer Bewerthung, sondern auch in physiologischer Beziehung ist als Grund des scheinbar negativen Symptomes ein positiver Vorgang vorhanden, welcher die Hemmung eines normaler Weise ablaufenden Mechanismus bewirkt und dadurch Ruhe und Reactionslosigkeit vortäuscht, während in Wirklichkeit ein activer Process sich abspielt.

Es ergiebt sich hieraus die Nothwendigkeit, die negativen Symptome mit der gleichen Sorgfalt zu registriren wie die positiven Reactionen. Dabei sind besonders vorzeitige Verallgemeinerungen in dieser Richtung zu vermeiden.

Bleiben wir zunächst im sprachlichen Gebiet, für das in praktisch diagnostischer Hinsicht das Gesagte in erster Linie gilt. Man hüte sich, wenn ein Kranker auf einige Fragen nicht antwortet, sogleich das Wort „Mutismus“ darauf anzuwenden. Die gestellten Fragen müssen genau aufgezeichnet werden, und zwar ohne jede Aenderung der Wortstellung. Eine Frage ist ein psychophysiologischer Reiz, der in seiner wirklichen Beschaffenheit festgehalten werden muss, wenn die darauf erfolgende Reaction, oder der Mangel an Reaction Gegenstand methodischer Prüfung werden soll.

Es ist nun vor allem nicht nur auf die Reactionen in dem entsprechenden Gebiet zu achten, sondern es muss geprüft werden, ob überhaupt irgend eine Ausdrucksbewegung erfolgt, welche als Reaction aufgefasst werden kann.

Bei sprachlichen Reizen ist besonders auf leichtere Bewegungen der Lippen und der Zunge, auf Aenderungen in der Athmung, sodann auf Bewegungen der Augen, sowie der Stirn- und Kopfmusculatur zu achten, die häufig auch dann vorhanden sind, wenn eine sprachliche Aeusserung völlig fehlt. Bemerkungen über solche Erscheinungen können im Zusammenhang der Untersuchung eine unerwartete diagnostische Bedeutung bekommen und sind viel wichtiger als die zusammenfassenden Bezeichnungen, mit denen gerade diagnostische Anfänger gern ihre Aufnahmen ausstatten. Besonders ist durch eine Reihe ausgewählter Fragen, in welchen möglichst alle Gebiete des geistigen Lebens berührt werden, zu prüfen, ob die Reactionslosigkeit auf bestimmte Gruppen von Vorstellungen eingeschränkt ist.

Es kommt z. B. vor, dass die Antworten auf die einfachsten Fragen über Orientirtheit ausgelassen werden, während Rechenaufgaben richtig gelöst werden. Oder es wird zuerst hartnäckig geschwiegen, bis eine Frage, welche einen wesentlichen Punkt in den Vorstellungen des Kranken berührt, die Zurückhaltung aufhebt und sehr ausgiebige Aeusserungen veranlasst. Manchmal tritt umgekehrt die Reactionslosigkeit erst nach einer Anzahl von Fragen auf und bleibt dann unabhängig vom Inhalt der Fragen andauernd bestehen. Kurz das zusammenfassend als Mutismus bezeichnete Symptom kann in den verschiedensten Formen auftreten und auf sehr verschiedene innere Zustände deuten.

Hierbei ist unter Mutismus ganz allgemein die Reactionslosigkeit auf sprachliche Reize verstanden. Schränkt man das Wort derart ein, dass es das absichtliche bewusste Schweigen bezeichnet, wie es bei Katatonischen vorkommt, so muss man im allgemeinen Begriff von sprachlicher Reactionslosigkeit reden und den katatonischen Mutismus als eine Unterabtheilung derselben ansehen. Jedenfalls darf man niemals aus der Feststellung des allgemeinen Phänomens sogleich den Schluss auf Mutismus als Theilerscheinung einer Katatonie machen.

Als wesentliche Unterscheidung muss im Auge behalten werden, ob die sprachliche Reactionslosigkeit auf Mangel an entsprechenden Vorstellungen oder auf Hemmung der Sprachfunction bei erhaltenen Vorstellungen beruht.

Mangel an Vorstellungen als Grund der sprachlichen Reactionslosigkeit lässt sich besonders bei epileptischen Bewusstseinsstörungen und anderen Formen von Verwirrtheit in ausgeprägter Weise beobachten. Dabei tritt öfters, besonders in der allmählichen Rückkehr zur Norm aus epileptischen Dämmerzuständen, ein partieller Charakter der Störung zutage, indem eine Gruppe von Vorstellungen schon wieder reagirt, während die andere noch ausgeschaltet ist. Man kann hierbei gelegentlich die allmähliche Wiederkehr der verschiedenen Gruppen von Vorstellungen mit genauer Zeitbestimmung verfolgen.

Eine zweite Reihe von Störungen, bei denen sprachliche Reactionslosigkeit auf Mangel an Vorstellungen beruht, bilden die Fälle von angeborenem Schwachsinn, bei denen bestimmte Vorstellungsgruppen über-

haupt nicht entwickelt sind. Hier wird auf alle Fragen, welche ein leeres Feld im geistigen Bestande betreffen, geschwiegen, oft ohne jede erklärende Mittheilung über das Nichtwissen. Dagegen zeigt sich nach sprachlichen Reizen, welche die einfache Orientirung betreffen, in solchen Fällen meist eine rasche Reaction.

Es giebt ferner Fälle, in denen ein späterer Ausfall von Vorstellungen erfolgt ist, so dass bei darauf gerichteten Fragen eine entsprechende Antwort nicht erfolgen kann. Klinisch liegt jedoch hier eine sprachliche Reactionslosigkeit meist nicht vor, da sich die Kranken (z. B. bei cerebralen Herdkrankheiten, Arteriosklerose des Gehirns, Polyneuritis u. a.) ihrer Unfähigkeit im Gegensatz zu dem früheren Zustande bewusst werden und dies sprachlich oft mit starkem Affect zum Ausdruck bringen. Hier treten also auf den Reiz sprachliche Reactionen auf, diese zeigen sich jedoch indirect durch den Mangel an entsprechenden Vorstellungen bedingt.

Neben den Störungen, bei denen sprachliche Reactionslosigkeit durch Mangel an Vorstellungen veranlasst ist, giebt es eine pathogenetisch völlig verschiedene Art, bei der aus inneren Gründen die sprachliche Function aufgehoben ist, während die zur Antwort nöthigen Vorstellungen vorhanden sind.

Diese Zustände weichen so sehr von den normalpsychologischen Voraussetzungen ab, dass sie von Laien und diagnostischen Anfängern meist falsch gedeutet werden. Fast immer wird dabei infolge der Reactionslosigkeit Mangel an Auffassungsfähigkeit und geistiger Verarbeitung angenommen, während diese sprachlosen Kranken Eindrücke mit der grössten Genauigkeit aufnehmen, in der Erinnerung behalten und gelegentlich nach Lösung der Hemmung mit grosser Besonnenheit nachträglich behandeln.

Solche Erlebnisse gehören zu dem Ueberraschendsten im Gebiete der Geisteskrankheiten. Man glaubt einen geistig völlig erstarrten Menschen vor sich gehabt zu haben und findet nachträglich, dass sich hinter dieser maskenhaften Ruhe eine Menge geistiger Vorgänge verborgen halten, die mit grosser Deutlichkeit reproducirt werden. Gerade aus solchen Erfahrungen lässt sich die Auffassung ableiten, dass es sich bei diesen Fällen nicht um eine Störung der zu der Beantwortung der Frage gehörigen Vorstellungen gehandelt hat, sondern um eine Hemmung des sprachlichen Vermögens, die als gesondertes Phänomen unabhängig von den auszudrückenden Vorstellungen auftreten kann. Auch durch diese Ueberlegung wird die sprachliche Reactionslosigkeit, die zu den negativen Symptomen gehört, im Grunde als durchaus positives Phänomen erkannt.

Abgesehen von dem sprachlichen Gebiet giebt es ähnliche Erscheinungen bei Reizen in den anderen Sinnessphären. Auch hier kann bei wohlerhaltener Perception die motorische Reaction völlig fehlen oder in ungewöhnlicher Weise vor sich gehen. Der einfachste Versuch in dieser Hinsicht besteht in der Ausübung von Tast- und Schmerzreizen. Dabei ist zu untersuchen, ob nicht an Stelle der normalen Art der Reaction, speciell bei Schmerzreizen an Stelle des Zurückzuckens, wenigstens eine physiognomische Reaction, z. B. Blinzeln mit den Augen, Verziehen des Mundes oder eine Kopfbewegung erfolgt, welche die Perception des Reizes auch ohne die gewöhnliche Ausdrucksbewegung verräth.

Der sogenannte Negativismus im Gebiet der Muskelbewegung ist ein so ausgeprägt actives und positives Symptom, dass wir denselben hier übergehen können.

Auch in anderen Gebieten kommen negative Symptome vor. Das praktisch Wesentliche ist, dass diese ebenso sorgfältig beobachtet und registrirt werden, wie die positiven Erscheinungen. Auch die Abwesenheit von Reactionen auf bestimmte Reize kann im Zusammenhang mit anderen Symptomen diagnostisch verwerthbar werden.

Die Unterredung mit dem Kranken.

Die besonderen Beispiele, die wir bei der Behandlung der negativen Symptome aus der sprachlichen Sphäre genommen haben, führen uns dazu, die Art der Unterredung mit dem Kranken zu betrachten.

Während der Anstaltsarzt meist in der Lage ist, die Untersuchung eines Kranken über längere Zeit auszudehnen und dadurch Gelegenheit erhält, bestimmte Methoden in gleichmässiger Weise anzuwenden, kommt der praktische Arzt oder der Amtsarzt, z. B. wenn er die Nothwendigkeit der Aufnahme in eine Anstalt entscheiden soll, oft in die Lage, aus einer oder wenigen Untersuchungen sich ein Bild von einer psychiatrischen Sachlage zu machen. Diese Aufgabe ist im Grunde schwieriger als die des Anstaltsarztes und erfordert eine grosse Geschicklichkeit bei der Unterredung.

Obgleich es kaum möglich erscheint, über dieses Moment, welches mehr zur persönlichen Kunst des Einzelnen gehört, bestimmte Regeln aufzustellen, will ich doch hier eine Anzahl von praktischen Winken zu geben suchen.

Es handelt sich darum, bei jeder Frage das diagnostische Ziel scharf im Auge zu behalten und doch bei der ganzen Unterredung den Anschein und die Tonart einer einfachen Unterhaltung zu bewahren. Eine pedantische Hervorkehrung des diagnostischen Charakters der Fragen ist in vielen Fällen geeignet, die Prüfung zu erschweren. Die einfachsten Fragen, welche die Orientiertheit über persönliche, räumliche und zeitliche Verhältnisse betreffen, weichen von der gewöhnlichen Art der Unterhaltung wenig ab. Dabei empfiehlt es sich, die schematische Reihe der Orientierungsfragen durch gelegentliche Zwischenreden oder Eingehen auf den Inhalt der Antworten zu unterbrechen.

Die Hauptkunst der Unterredung besteht nun darin, schon bei diesen ersten Fragen Gesichtspunkte für die weitere Untersuchung zu gewinnen. Bei den Antworten darf nicht nur im Auge behalten werden, ob Orientirtheit für alle Punkte oder einen Theil vorhanden ist, sondern es muss das gesammte physiognomische und sonstige Verhalten des Kranken berücksichtigt werden. Es ist zu beachten, ob der Kranke seine Aufmerksamkeit ganz dem Fragenden zuwendet, ob er widerstrebend oder auffallend langsam antwortet, ob er auf alle oder einen Theil der Fragen ganz reactionslos bleibt. Ferner sind die falschen Antworten nicht ohne weiteres als Unorientirtheit zu bezeichnen, sondern es muss versucht werden, die besondere Eigenart der falschen Antworten wiederzugeben und zu bezeichnen. Dabei ist sowohl der Inhalt als auch die Form der Antworten zu beachten. Abgesehen von den persönlichen Unterschieden der Bildung kommen Anomalieen der Wortstellung vor, die Beziehungen zu bestimmten Krankheitsbildern (z. B. Katatonie) haben. Auch der Klang der Stimme muss schon bei den ersten Fragen Gegenstand der Aufmerksamkeit bilden. Eine eigenthümlich monoton vibrirende Sprechweise ist

manchmal das erste Zeichen, welches den Untersuchenden auf die paralytische Natur einer Störung hinweist. Ebenso sind die rhythmischen Verhältnisse der Sprache zu beachten. Der manierirte Charakter einer katatonischen Krankheit verräth sich manchmal schon bei den richtigen Antworten auf die einfachsten Fragen.

Es handelt sich hier nicht darum, alle diese Störungen genau zu beschreiben, sondern die Untersuchenden auf die Wichtigkeit dieser kleinen Beobachtungen hinzuweisen. Die Kunst der Untersuchung beruht wesentlich darauf, dass man diesen scheinbar geringfügigen Wahrnehmungen alsbald nachgeht und die zugrunde liegenden Störungen durch eine geeignete Methode gesondert herausstellt.

Sehr wichtig ist bei der ersten Untersuchung die Beobachtung der morphologischen und physiognomischen Verhältnisse. Ohne den Kranken durch Betasten oder Messen scheu zu machen, empfiehlt es sich schon bei den einleitenden Fragen, die morphologischen Verhältnisse des Kopfes und die Innervationsverhältnisse des Gesichtes ins Auge zu fassen. Dabei muss man sich gewöhnen, analytisch zu betrachten, um sich über die besondere Beschaffenheit der einzelnen Theile des Gesichtes klar zu werden. Die relative Grösse des Kopfes im Verhältnis zum Gesicht, die Construction der Stirn, Eigenthümlichkeiten des Haaransatzes, Menge und Richtung der Stirnfalten, Bau der Arcus superciliares, Stellung der Augenbrauen, Weite der Augenhöhlen, Stellung und Weite der Lidspalten, Bewegung der Augäpfel, Innervation der Lippen, vor allem Unterschiede der morphologischen und Innervationsverhältnisse zwischen rechts und links sind Momente, welche ein geübter Diagnostiker auch ohne umfangreiche und Widerspenstigkeit erregende Untersuchung sogleich auffassen muss.

Selbstverständlich sind solche Wahrnehmungen nicht ohne weiteres als diagnostische Beweismittel zu verwerthen, wohl aber können sie den Ausgangspunkt für wichtige Feststellungen bei der weiteren Untersuchung bilden. Dabei ist der Gesichtsausdruck, besonders nach der Richtung von Affectzuständen, zu beachten, und zwar nicht nur im allgemeinen, sondern unter Beziehung auf den Inhalt der einzelnen vorgelegten Fragen. Unter anderem kommt es vor, dass der Gesichtsausdruck zum Inhalt der Antwort in gar keiner Beziehung steht, dass bei gleichgiltigen Fragen ein auffallend trauriger oder heiterer Ausdruck vorhanden ist. Ferner kann eine abnorme Gleichgiltigkeit oder Ablenkbarkeit sich schon bei den einfachsten Prüfungen physiognomisch verrathen. Solche Wahrnehmungen müssen dann alsbald zum Ausgangspunkt weiterer Prüfung gemacht werden.

Ebenso wichtig ist die rasche Auffassung von Zittererscheinungen nicht nur in der bei dem Sprechen betheiligten Musculatur, sondern besonders auch an den Extremitäten. Man kann bei sorgfältiger Beobachtung schon in wenigen Minuten manchmal diagnostisch wichtige Beobachtungen über Zittern der Finger, periodischen Wechsel dieser Erscheinung, Unterschiede zwischen rechts und links u. s. w. anstellen, welche die Untersuchung in bestimmte Bahnen lenken.

Ferner ist die allgemeine Körperhaltung bei den einzelnen Antworten zu beachten. Die Muskelspannungszustände der Katatonischen verrathen sich oft schon in der seltsamen Haltung bei inhaltlich richtigen Antworten.

Die erste Aufgabe des Untersuchenden besteht also darin, schon bei der einfachsten Unterhaltung mit dem Kranken, denselben als Gegen-

stand einer wissenschaftlichen Analyse zu betrachten und aus kleinen Wahrnehmungen die Gesichtspunkte für die weitere Untersuchung zu gewinnen.

Prüfung der Sprache.

Jede Unterhaltung mit einem Kranken enthält im Keim eine Sprachprüfung und kann gelegentlich Momente herausstellen, welche eine genauere Untersuchung verlangen. Diese wird am besten unter Anschluss an die Methoden, welche bei Sprachstörungen infolge von Herdkrankheiten des Gehirnes ausgebildet worden sind, vorgenommen. Abgesehen von dem methodischen Vortheil, der sich dadurch bietet, weist das Gebiet der Geisteskrankheiten im engeren Begriff nahe Beziehungen zu den Sprachstörungen bei Herdkrankheiten des Gehirnes auf, z. B. können starke paraphasische Störungen bei Erkrankung des linken Temporallappens mit Verwirrtheit im Sinne einer functionellen Psychose verwechselt werden: bei epileptischen Dämmerzuständen kommen transitorische Störungen des Wortgedächtnisses trotz schon vorhandener Leistungsfähigkeit in anderen Gebieten vor; bei seniler Demenz kann das Wortgedächtnis Ausfallserscheinungen zeigen; bei Katatonie kommen Störungen vor, die ganz an Monophasie erinnern. Ferner lassen sich die complicirten Formen von Sprachstörung, z. B. bei Paralytischen, nur durch systematische Untersuchung der Theilfunctionen der Sprache richtig auflösen.

Zur Einleitung ist der Zustand der zum Sprechen nöthigen Musculatur zu untersuchen. Dabei geht man am besten von der Untersuchung des Facialis aus, der bei dem Sprechen die Lippenbewegungen regulirt. Neben gröberen Lähmungen oder Spasmen, deren Nachweis wir als bekannt voraussetzen, ist auf die feineren unwillkürlichen Zuckungen zu achten, die besonders bei Paralytischen öfter vorkommen und bewirken, dass richtig beabsichtigte Laute bei der articulatorischen Ausführung verdorben werden. Beachtenswerth sind ferner die starken Mitbewegungen im Facialisgebiet, die bei Paralytischen ebenso wie bei Stotterern oft vorkommen.

Sodann ist die Bewegung der Zunge zu prüfen, wobei zunächst Abweichungen nach der einen Seite und unwillkürliche Zuckungen in Betracht kommen. Es empfiehlt sich jedoch, zum Zweck genauer Sprachprüfung auch complicirtere Zungenbewegungen zu verlangen. Die Bewegung des weichen Gaumens wird, abgesehen von der Inspection, am besten durch Anlauten des Vocales a geprüft, wodurch gleichzeitig die Function der Stimmbänder berührt ist.

Sehr wichtig ist die Untersuchung der Athembewegungen und der Mitwirkung der Athemmusculatur bei dem Sprechen. Z. B. haben die Störungen der Zwerchfellinnervation abgesehen von der Pathogenese des Stotterns, wobei die krampfhaften Innervationen öfter von Angst begleitet oder ausgelöst sind, eine grosse Bedeutung bei hysterischen Erregungszuständen. Man kann manchmal hysterische Anfälle, bei denen inspiratorische Dyspnoë als auslösendes Moment vorliegt, was sich in der schnappenden, abgerissenen Sprechweise kundthut, oft rasch unterbrechen, wenn man die Zwerchfellathmung wieder in Gang bringt. Man fordert den Kranken auf, so zu athmen, dass die Brust möglichst stillsteht und das

Abdomen hervortritt. Ist das geschehen, so lässt man Vocale nachsprechen. und kann dadurch die verlorene Coordination von Bewegungen manchmal rasch herstellen. So gelingt es zuweilen, die dem Anfall zugrunde liegende dyspnoïsche Angst zu beseitigen. Jedenfalls muss in allen Fällen, in denen die Sprache abgerissen ist und ruckweise mit hastigen Inspirationen auftritt, Stand und Beweglichkeit des Zwerchfelles im Zusammenhang mit der anderen zum Sprechen nöthigen Musculatur untersucht werden.

Hat man sich von den motorischen Voraussetzungen des Sprachactes überzeugt, so folgt die Prüfung der feineren Innervation bei dem Nachsprechen der Vocale. sodann der Consonanten. Bei den Vocalen ist auf die Art des Klanges zu achten. der zum Beispiel bei Paralytischen häufig etwas monoton Vibrirendes hat, was vermuthlich auf ganz minimalen Schwankungen der Tonhöhe beruht. Bei den Consonanten ist die Deutlichkeit und Energie der Articulation in das Auge zu fassen. Angeboren Schwachsinnige zeigen oft eine Art Verwaschenheit der Sprache, was auch bei Paralytischen in Verbindung mit leichten Zuckungen im Facialisgebiet auftreten kann.

Im Hinblick auf die elementaren Störungen des Laut- und Silbengedächtnisses, welche oft Theilerscheinung der paralytischen Sprachstörung sind, schliesst man an die Prüfung des Alphabetes am besten gleich Lautreihen an, z. B. sind die Reihen a—s—p—e—t—r—l—o—c—q oder i—b—h—x—q—o—z—d—n—g von mir oft verwendet worden. Es stellt sich bei Paralytischen mehrfach heraus, dass bei erhaltener Articulationsfähigkeit das Vermögen, die Lautreihe richtig zu behalten, fehlt.

Hat man in dieser Weise die Fähigkeit, die Grundelemente der Worte und die Reproduction von Lautreihen geprüft, so geht man systematisch zu ein-, zwei- und dreisilbigen Worten über. Als Beispiele lassen sich z. B. verwenden: I. Alp, Ring, Buch, Fass, Halm, Bein, Mast, Pferd, Thier, Frost; II. Handtuch, Tinte, Ufer, Echo, Stange, Schimmer, Grösse, Riemen, Dollar, Teufel; III. Klingenberg, Verständnis, Thätigkeit, Nachahmung, Polytropon, Perception.

Bei dem Nachsprechen von mehr als dreisilbigen Worten kommt das Gedächtnis für Laut- und Wortreihen schon so lebhaft in Betracht, dass eine gründliche Voruntersuchung in dieser Richtung nothwendig ist. Man lasse daher Reihen aus den vorher nachgesprochenen Worten bilden, z. B. Ring—Alp—Buch—Thier—Frost, oder Halm—Fass—Mast—Bein—Pferd.

Entsprechend kann man Zahlreihen, z. B. 7—3—9—5—2—6—8—1—4 oder 9—1—5—6—3—4—7—2—8 verwenden. Erst dann gehe man zu langen Worten über. Zur Feststellung der paralytischen Sprachstörung pflegen einige Worte benützt zu werden, z. B. dritte reitende Artilleriebrigade, deren isolirte Verwendung leicht Fehlschlüsse bedingen kann, da auch Nichtparalytische dabei oft stolpern. Als weitere Beispiele lassen sich u. a. folgende verwenden: Reproductionsfähigkeit, Baugewerksberufsgenossenschaft, Dampfsägemühlconcurrenzactiengesellschaft, Diäthylsulfondimethylmethan, sechshundertsechsundsechzigtausendsechshundertsechsundsechzig.

Der wesentliche Erfolg der methodischen Untersuchung wird in vielen Fällen sein, dass man die verschiedenen Componenten einer complicirten Sprachstörung, z. B. die groben und feineren Störungen im motorischen Gebiet, die Anomalieen des Klanges, die elementaren Störungen des Laut-

gedächtnisses u. a. deutlich unterscheiden kann. Erst dann kommen die Störungen der spontanen Sprache in Betracht. Dabei ist sowohl die articulirte Sprache zu beachten, als auch die eigenartigen Laute, welche von Geisteskranken nicht nur als Affectäusserung oft hervorgestossen werden.

Im Bereich der inneren Sprache sind neben den bekannten Arten der sensorischen Sprachstörung im Gebiet der Geistesstörungen vor allem folgende Erscheinungen zu beachten:

1. Die Wiederholung von bestimmten Worten oder Sätzen an unpassender Stelle. Dabei kann es sich entweder um Wiederholung von Bestandtheilen der Frage handeln oder um Perseveration von Bestandtheilen einer an sich an ihrer Stelle richtigen Antwort. Diese Iterativ-Erscheinungen spielen besonders bei Katatonischen eine grosse Rolle, kommen jedoch auch in Zuständen von epileptischer und paralytischer Verwirrtheit zur Beobachtung. Dabei ist zu erwägen, ob die oft wiederholten Redewendungen miteinander im Sinne eines bestimmten Affectes oder einer fixirten Idee zusammenstimmen. Die klinische Bedeutung des Symptoms ist eine wechselnde je nach der Art der begleitenden Erscheinungen. Sprachliche Iterativerscheinungen bei starker Verwirrtheit oder starkem Affect sind viel weniger bedenklich, als wenn dieselben bei völliger Besonnenheit wie eine Art von Zwangshandlung im sprachlichen Gebiet auftreten.

2. Die Verlangsamung der sprachlichen Reaction bei richtigem Inhalt der Antwort. Es lassen sich schon mit der einfachen Secundenuhr diagnostisch werthvolle Feststellungen in dieser Richtung machen. Oft wird bei sprachlicher Hemmung der Fehlschluss auf Mangel an Vorstellungen gemacht, während diese richtig gebildet werden. Manchmal ist ein völliges Fehlen der sprachlichen Reaction vorhanden. Zu beachten ist, ob diese Hemmung bei allen Fragen oder nur bei einer bestimmten Gruppe derselben auftritt.*

3. Die rasche Aufeinanderfolge von vielen Worten, welche mit der gestellten Frage in lockerem Zusammenhang stehen. Die Analyse dieser Erscheinung führt in das Gebiet der Lehre von den Associationen, deren genauere Prüfung durch diese sprachliche Erscheinung im einzelnen Falle veranlasst werden muss (Ideenflucht).

4. Aenderungen des grammatikalischen Zusammenhanges. Es kann z. B. Auslassung der Bindeworte vorliegen, so dass die Worte ohne grammatikalischen Zusammenhang neben einander stehen. Diese Erscheinung ist mit der unter 3 genannten oft bei maniakalischen Zuständen vorhanden. Oder die grammatikalische Stellung kann in seltsamer und manierirter Weise verändert sein, wie das besonders bei Katatonischen vorkommt.

5. Fehlen von einzelnen Worten oder Wortbestandtheilen bei im übrigen richtigem Satzbau. Diese Erscheinung findet sich öfter bei Paralytischen.

Die Beobachtung dieser sprachlichen Erscheinungen geht zum Theil in eine Prüfung der Vorstellungen unmittelbar über.

---

* Genaueres vergl. Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden pag. 265—268.

Bewusstsein, Selbstbewusstsein und Orientirtheit.

Bei der genaueren Untersuchung der psychischen Zustände empfiehlt es sich, von den einfachsten Formen menschlicher Geistesthätigkeit auszugehen, die mit dem Wort Selbstbewusstsein zusammengefasst werden. Dabei müssen die Grundsätze festgehalten werden, welche in den einleitenden Betrachtungen über die Beziehungen der Psychiatrie zur Psychologie und Naturwissenschaft für die Prüfung der psychischen Functionen aufgestellt worden sind.

Als psychologische Einleitung gebe ich nur wenige Ausführungen über die in Betracht kommenden Bezeichnungen. Wir gehen von dem Begriff des Bewusstseins aus. Im weitesten Sinne bedeutet dieses Wort alle psychischen Vorgänge von den elementarsten Sinnesempfindungen bis zu den complicirtesten Begriffen. Wir sprechen also überall da von Bewusstsein, wo wir Veranlassung haben, irgend eine Form des psychischen Geschehens anzunehmen.

Das psychische Leben setzt sich aus einer Summe von Bewusstseinsvorgängen zusammen. Man kann nun im weiteren Sinne das Wort Bewusstsein als zusammenfassende Bezeichnung für alle einzelnen psychischen Vorgänge, die in einem Moment vorhanden sind, verwenden und die Vorstellungen als Bewusstseinsinhalt bezeichnen. Diese sind im normalen Zustand meist so innig verknüpft, dass ihre gesonderte Auffassung kaum im einzelnen Fall möglich erscheint. Dagegen treten im Gebiet des Pathologischen öfters einzelne elementare Bewusstseinsvorgänge isolirt hervor, entweder indem andere ausgeschaltet sind, oder indem jene durch ihre Intensität hervorragen. Hierauf muss sich die klinische Untersuchung der Bewusstseinsvorgänge im wesentlichen richten.

Treten nach einander verschiedene Bewusstseinsinhalte auf, die in Bezug auf ihre Complicirtheit eine Stufenfolge bilden, so kann man von Graden des Bewusstseins reden. Streng genommen sollte man hierunter nur Bewusstseinszustände eines bestimmten einzelnen Individuums begreifen; es wird jedoch auch bei Vergleichung verschiedener Individuen im Hinblick auf die mehr oder weniger grosse Complicirtheit ihres Bewusstseinsinhaltes von Graden des Bewusstseins gesprochen.

Am besten kann man klinisch die verschiedenen Grade des Bewusstseins bei epileptischen Zuständen studiren, besonders bei dem allmählichen Wiedererwachen aus dem mit den allgemeinen Muskelkrämpfen oft gleichzeitig vorhandenen Zustand von Bewusstlosigkeit. Nach diesem zeigen sich zuerst einige Bewegungen, welche sich von den tonischen und klonischen Zuckungen durch ihre offenbare Aehnlichkeit mit willkürlichen Innervationen auszeichnen. Es scheint sich um ganz elementare Willensimpulse zu handeln, die sich in vielen Fällen durch äussere Berührungen, unbequeme Lage u. s. f. ausgelöst zeigen und dadurch erkennen lassen, dass sie elementare willkürliche Reactionen auf primitive Empfindungsvorgänge sind. Dann beginnen die Reize der höheren Sinnesapparate wieder percipirt zu werden, wenn auch sonst noch jede klare Auffassung fehlt. Die Kranken fangen z. B. an, mit den Augen deutlich die Umgebung zu fixiren, erscheinen jedoch im übrigen noch ganz verständnislos. Aehnlich verhält es sich in der Sphäre des Gehörs. Die Worte werden anscheinend vernommen, aber nicht verstanden. Oft erfolgt eine automatische Wieder-

holung der Frage oder eines Theiles der Frage, was beweist, dass nicht nur akustisch percipirt wird, sondern auch schon die zum Nachsprechen nöthigen centralen Sprachapparate in coordinirter Weise functioniren. Nun beginnen allmählich die Vorstellungen aufzutauchen, welche sich auf die eigene Person beziehen, einzelne intellectuelle Functionen treten wieder in Kraft, bis die Rückkehr zum normalen Bewusstsein sich wieder vollzogen hat.

Unter dem Worte Selbstbewusstsein verstehen wir diejenige Gruppe von Bewusstseinsvorgängen, in welcher ein Ich der äusseren Welt entgegengestellt oder in diese durch Selbstbetrachtung eingeordnet wird. Es handelt sich praktisch darum, zu prüfen, ob das Ich mit den zutreffenden Attributen der Persönlichkeit und in dem richtigen Verhältnis zu der Umgebung gedacht wird. Insofern als das Vorstellungsmaterial, welches das Selbstbewusstsein darstellt, früher erworben und durch das Gedächtnis festgehalten wird, ist jede Prüfung des Selbstbewusstseins nothwendiger Weise zum Theil eine Gedächtnisprüfung. Andererseits bedingt eine Frage, welche die Beziehung des Ich zur Umgebung in das Auge fasst, falls die Antwort nicht schon als fertiges Wissen bereit liegt, ein Urtheil und geht daher nothwendiger Weise über das Gebiet des blossen Selbstbewusstseins hinaus.

Es ist also praktisch mit der Prüfung des Selbstbewusstseins eine Prüfung des Gedächtnisses und des Urtheilsvermögens verknüpft, welche oft für den weiteren Gang der Untersuchung von Wichtigkeit ist. Es empfiehlt sich daher, alsbald einige Fragen zu stellen, welche sich auf das Gedächtnis für bestimmte Vorgänge vor der Untersuchung, sowie auf Orientirtheit über die räumlichen und zeitlichen Verhältnisse beziehen.

Hierbei muss der Begriff der Orientirtheit klargestellt werden. Das Wort „Orientiren“ bezieht sich auf die Einordnung der Lage eines Gegenstandes in die Himmelsrichtungen, ist also im eigentlichsten Sinne ein räumlicher Begriff. Derselbe ist jedoch auf zeitliche Verhältnisse und im weiteren Sinne auf die Beziehung der Persönlichkeit zu der umgebenden Welt übertragen worden. Orientirtheit ist der Zustand des Orientirtseins und daher streng von dem Begriff der Orientirung zu unterscheiden, welcher den activen Vorgang des sich Orientirens bedeutet. Dieser Unterschied giebt ein Kriterium für die verschiedenen Antworten, welche man auf Fragen, welche die Orientirtheit betreffen, erhält. Oft ist nicht Orientirtheit im Sinne eines bestimmten Wissens vorhanden, sondern die Antworten zeigen, wie sich der Kranke infolge der Frage allmählich zu orientiren sucht. Dies kommt häufig bei Untersuchung von Dämmerzuständen und Verwirrtheit zur Erscheinung.

Für die praktische Untersuchung kann man zwei Wege wählen. Entweder bezweckt man, durch eine möglichst eingehende Prüfung den Grad des Selbstbewusstseins und der Orientirtheit nach allen Richtungen hin ins Klare zu stellen, oder man beschränkt sich auf eine verhältnismässig kleine Anzahl von Fragen und sucht durch die Vergleichbarkeit der Resultate das zu ersetzen, was an dem Umfang der Untersuchung scheinbar fehlt. Thatsächlich bietet die letztere Methode, wenn sie streng analytisch gehandhabt wird, einen viel rascheren Einblick als die umfangreichste Zusammenstellung.

Ich habe nun auf Grund mehrfacher Versuche eine Anzahl von Fragen nach dem Princip des einheitlichen Reizes zusammengestellt, die zwar zunächst nur den Fall der Aufnahme in eine Krankenanstalt in das Auge fassen, sich jedoch von dem praktischen Arzte leicht in einer für seine Zwecke geeigneten Weise modificiren lassen. Das Wesentliche ist die Vergleichbarkeit der Antworten. Um die Methode klarzulegen, gebe ich eine Anzahl von Beispielen unter Hervorhebung der wesentlichen Symptome. Die genaueren krankengeschichtlichen Darlegungen würden so weit in das Gebiet der speciellen Psychopathologie hineinführen, dass wir sie hier unterlassen müssen und nur kurz die Diagnosen hinzufügen.

Fragen betreffend Orientirtheit.

Name: Georg B., in die Klinik aufgenommen am 2. September 1899. Datum der Untersuchung: 2. September 1899, Donnerstag. Tageszeit: 3 Uhr nachmittags.

1. Wie heissen Sie?	Georg B
2. Was sind Sie?	Schaffner an der Bahn.
3. Wie alt sind Sie?	29 Jahre alt.
4. Wo sind Sie zu Hause?	In Giessen.
5. Welches Jahr haben wir jetzt?	1899.
6. Welchen Monat haben wir jetzt?	1. November.
7. Welches Datum haben wir?	1. November.
8. Welchen Wochentag haben wir heute?	Mittwoch.
9. Wie lange sind Sie hier?	Seit eben.
10. In welcher Stadt sind Sie?	Zu Hause.
11. In was für einem Hause sind Sie?	Weiss ich nicht.
12. Wer hat Sie hierher gebracht?	Weiss ich nicht.
13. Wer sind die Leute Ihrer Umgebung?	Nein!
14. Wo waren Sie vor 8 Tagen?	Hier!
15. Wo waren Sie vor einem Monat?	Hier!
16. Wo waren Sie vorige Weihnachten?	Zu Haus.

Es zeigen sich folgende Symptome:

1. Orientirtheit in den Antworten 1—5. 9.
2. Unorientirtheit bei 7, 8, 11, 13.
3. Amnesie bei 12.
4. Erinnerungstäuschungen bei 14, 15.
5. Normale Erinnerung in Bezug auf früher Erlebtes bei 16.

Diagnose (mit Wahrscheinlichkeit aus obigen Symptomen abzuleiten): Epileptischer Dämmerzustand.

Name: B., aufgenommen am 23. Juli 1898, Datum der Untersuchung: 3. August 1898. Tageszeit: $4\frac{1}{2}$ Uhr nachmittags.

1. Wie heissen Sie?	Adam B . .
2. Was sind Sie?	Schlosser, am Kessel.
3. Wie alt sind Sie?	40 Jahre, am 30. März war ich 40 Jahre.
4. Wo sind Sie zu Hause?	Wetzlar.
5. Welches Jahr haben wir jetzt?	Ich bin doch bei meinem Vater. Ach so soviel mir die Sache bekannt ist . . (hält inne) 1899.
6. Welchen Monat haben wir jetzt?	Was für ein Monat? Mai, Juni (nach längerer Pause).

7. Welchen Tag im Monat haben wir?	
8. Welchen Wochentag haben wir heute?	(Ausgelassen.)
9. Wie lange sind Sie hier?	Mehrere Tage. Alle 12 Stunden werden andere Zahlen angeschrieben.
10. In welcher Stadt sind Sie?	Wetzlar.
11. In was für einem Hause sind Sie?	Ja, das weiss ich eben auch selbst nicht.
12. Wer hat Sie hierher gebracht?	Muss ich mich mal besinnen. (Ueberlegt, lässt sich aber wieder durch äussere Dinge ablenken.) — Sagt dann beiläufig statt October „Tober". — Schliesslich: „Ich bin in Wetzlar heimisch."
13. Wer sind die Leute Ihrer Umgebung?	Weiss ich nicht, hab mich noch nicht umgesehen.
14. Wo waren Sie vor acht Tagen?	Ich mein, ich hätt' acht Tag Ferien gehabt.
15. Wo waren Sie vor einem Monat?	Ich besinne mich darüber, ich weiss nicht.
16. Wo waren Sie vorige Weihnachten?	Da war ich wahrscheinlich in Wetzlar.

Die Analyse ergiebt:

1. Orientirtheit über die Personalien bei 1, 2, 3. 4.
2. Mangel an zeitlicher Orientirung (vergl. 5, 6).
3. Ortsverwechselung bei 10.
4. Verständnislosigkeit für die Umgebung bei 11 und 13.
5. Zeichen von Amnesie bei 12. 14. 15.
6. Unklare Erinnerung bei 16.
7. Richtige Beziehung der Antworten auf die Fragen.

Diagnose (aus obigen Symptomen mit Wahrscheinlichkeit abzuleiten): Epileptischer Dämmerzustand im Uebergang zum normalen Bewusstsein.

Name: B. In die Klinik aufgenommen am 5. Juli 1899, Datum der Untersuchung: 30. September 1899. Tageszeit: 9 Uhr Vormittags.

1. Wie heissen Sie?	Hermann B
2. Was sind Sie?	Ich bin Gärtner.
3. Wie alt sind Sie?	1842 geboren.
4. Wo sind Sie zu Hause?	E .
5. Welches Jahr haben wir jetzt?	1899.
6. Welchen Monat haben wir jetzt?	September.
7. Welchen Tag im Monat haben wir heute?	28.
8. Welchen Wochentag haben wir heute?	Sonnabend.
9. Wie lange sind Sie hier?	Ich bin schon seit Monaten hier.
10. In welcher Stadt sind Sie?	Biblis a. Rhein.
11. In was für einem Hause sind Sie?	In der Hofkellerei von Coblenz.
12. Wer hat Sie hierher gebracht?	Ich bin durch den Herrn Lehrer (schweigt).
13. Wer sind die Leute Ihrer Umgebung?	Das sind Leute aus dem Hause.
14. Wo waren Sie vor acht Tagen?	War ich hier. Herr Coblenz.
15. Wo waren Sie vor einem Monat?	Auch hier, Herr Coblenz.
16. Wo waren Sie vorige Weihnachten?	Hat mich mein bin ich hierher gekommen.

Es zeigen sich folgende Symptome:

1. Orientirtheit bei 1—9, abgesehen von dem leichten Fehler (28 für 30) bei Frage 7.

2. Bei 10 und 11 nicht einfache Unorientirtheit, sondern falsche Vorstellungen über seine Umgebung.

3. Personenverkennung, indem er den Untersuchenden mehrfach „Herr Coblenz" anredet.

Diagnose (aus der Analyse des Bogens nicht zu stellen): Eigenartiger Zustand von partieller Verwirrtheit mit Wahnbildung bei choreatischer Geistesstörung.

Namen: B., aufgenommen am 27. December 1898. Datum der Untersuchung: 31. Januar 1899. Tageszeit: 11 Uhr vormittags.

1. Wie heissen Sie?	Müssen noch lange warten! Muss ich jetzt schon sagen? Lassen Sie mal! Müssen Sie erst n' bischen warten (macht Bewegungen mit dem Kopf, den Armen, gurgelt mit Speichel).
2. Was sind Sie?	Wart nur mal.
3. Wie alt sind Sie?	Eins, zwei — fünfzig Jahre bin ich alt. 50 Jahre sind 48, 50; heute bin ich 50 Jahre, wir wollen alle von 6 anfangen zu essen.
4. Wo sind Sie zu Hause?	Das is 1, 2, 3, 4, Friedrich Kaiser von Russland alles fein, sehr, lauter Fürsten.
5. Welches Jahr haben wir jetzt?	Das 50, das ist 50 Jahr sind 50 Tag.
6. Welchen Monat haben wir jetzt?	Welches Monat ist 50 Tage sind ein Monat.
7. Welchen Tag im Monat haben wir heute?	Von Anfang. 50 Tage sind dann 100 Tage.
8. Welchen Wochentag haben wir heute?	1, 2, 3, 4, 5, 6, 100, 28 Tage, von heute an sind alle Leute 50 Jahre alt.
9. Wie lange sind Sie hier?	Von heute sind es achte bin ich hier fünfzigste Jahr.
10. In welcher Stadt sind Sie?	Giessen, G, i, e, s, s, en heisst Giessen, Giessen wird mit zwei s geschrieben.
11. In was für einem Hause sind Sie?	Hier ist oben die sogenannte und so freundlich wie ihr wollt.
12. Wer hat Sie hierher gebracht?	Herr Dr. Haupt ist das dieser Sohn.
13. Wer sind die Leute Ihrer Umgebung?	Das sind lauter, erst emal e bischen Geduld.
14. Wo waren Sie vor acht Tagen?	Hier auch.
15. Wo waren Sie vor einem Monat?	Vor einem Monat, nein das Monat woll'n wir erst mal suchen. Hier bin ich erst 50 Jahr geworden.
16. Wo waren Sie vorige Weihnachten?	Auf Weihnachten bin ich noch immer da.

Es treten folgende Symptome hervor:

1. Richtige Antworten nur bei 10, 14.

2. Sinnlosigkeit der Antworten bei 1, 2, 3, 4, 7, 8, 11, 12, 13, 15, 16.

3. Grössenideen ohne Zusammenhang, vergl. 4 (Friedrich Kaiser von Russland, alles fein, sehr, lauter Fürsten).

4. Iterativerscheinungen, z. B. das Wort „warten" bei 1 und 2, ferner „50 Jahre" in Nr. 3, 5, 8, 9, 15, sowie das damit gleichzeitig in Nr. 5 auftretende Wort „Tage", meist in Verbindung mit der Zahl 50 bei 6, 7, 8.

Diagnose (aus der Analyse des Bogens mit Wahrscheinlichkeit abzuleiten): Dementia paralytica in vorgeschrittenem Stadium.

Name: Jacob D., aufgenommen am 5. März 1899, Datum der Untersuchung: 5. Juli 1899, Mittwoch. Tageszeit: $^1/_2$12 Uhr morgens.

1. Wie heissen Sie?	Mein Name ist Jacob D. ich bin den 3. Ostertag geboren 1853, den wirds nicht mehr geben, Johannes der Täufer oder die unschuldigen Kinder. Sie haben einen rothen Bleistift, mein Vater hat Wilhelm geheissen.
2. Was sind Sie?	Ich bin ein Maurer, mir ist die Muttergottes erschienen in Heldenbergen schon eh ich sein hergekommen, dann wir (werde) ich im christlichen Verein eingeschrieben, die katholisch Geistlichkeit soll heiraten und die Ohrenbeichte wird abgeschafft, mein Mutter hat bei Russe gedient auf der Fahrgasse, dann musst ich nach Giessen und die Studenten sollen gleich 3 Stufen höher gestellt werden.
3. Wie alt sind Sie?	Ich bin 1852 geboren und denk ich werd heut 2 Tage alt.
4. Wo sind Sie zu Hause?	Ich bin zu Heldenbergen zu Haus und da ist eine Muttergotteskirch zu Martin Luthers Zeiten ist alles in die Kirch' gegangen, das war nichts mit dem Ablasshandel und dem Fegfeuer. Deshalb soll auch der Brennofen weg, wenigstens für die Menschen, für die Thiere überlass' ich's den chemischen Doctoren.
5. Welches Jahr haben wir jetzt?	Mir mer wer'n jetzt haben 99.
6. Welchen Monat haben wir jetzt?	Mir habe glaub' ich den Juli, so glaub' ich, da sein die Krebs am besten, aber den Krebsgang soll man nicht gehen.
7. Welches Datum haben wir?	Datum, das weiss ich nicht, doch der 5te, da haben mir 5 Gebäude und 6 Sacramente solle mir habe.
8. Welchen Wochentag haben wir heute?	Ein Tag, es wird glaub' ich Mittwoch sein, ich weiss viel: in Heldenbergen soll ein Geistlicher sein, Heldenbergen soll mit Giessen verbunden werden, das hat der liebliche Kaiser Friedrich gemacht.
9. Wie lange sind Sie hier?	Ich das weiss ich nicht, da will ich mal rechnen, Januar, Februar etc. bis Juli, da rechne ich einmal 5 Monat ab, da kann schon eine Frau ein Kind kriegen.
10. In welcher Stadt sind Sie?	Ich sein in Giessen, hab's abr nit gewusst, hab' gedacht, ich wär' in Friedrich, der Decan Mayer von hier und der hat die Socialdemokraten abgeschafft und jetzt sind sie all nationalliberal.

11. In was für einem Hause sind Sie? — Hier bin ich in der Krankenanstalt, das hab' ich aber nicht gewusst und hab' auch Ihren werthen Namen nit gewusst, meine Mutter war eine geborene Meinike, die hat eine Kirch' gelobt, die ist grösser wie die in Jerusalem. Die hat 12 Glocken und ist dem Herr Major geweiht, der stellt Gott vor und der Apotheker ist auch heilig.

12. Wer hat Sie hierher gebracht? — Ich mein der Blumenthal, der ist genug gestraft, und der Siegfried, der hat bei Henniger und Söhne geschafft, der ist die Trepp' heruntergestürzt.

13. Wer sind die Leute Ihrer Umgebung? — Das sein ganze ordentliche Leut', ich hab' gedenkt, die sein vom Himmel ich habe für sie gebet', wenn ich an die Könige von Spanien denke, das Vieh da hab ich gebet:
Sanct Barbara, du edle Braut
Mein Leib und Seele sei dir vertraut,
Hoch preise und Seele den Herrn.

14. Wo waren Sie vor acht Tagen? — Da war ich auch schon hier, und vor 14 Tagen und vor 6, da war ich aber noch nicht curirt, ich sollt' ja Kaiser sein, hab' aber die Kron' nit gewollt.

15. Wo waren Sie vor einem Monat? — War ich auch hier, das schönste Gebet heisst „Rette die Seele"

16. Wo waren Sie vorige Weihnachten? — Vorige Weihnachten war ich im Wald und bei meine Kinder, da hab' ich's aber mit dem Oberförster gekriegt, mit dem Hornvieh da soll auch kein Bauer was zu sagen haben, das ganz Höft soll unser Herrgott anstecken.

Es treten in dem Bogen hervor:

1. Sehr grosser Wortreichthum fast in allen Antworten.
2. Orientirtheit bei den Fragen 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12.
3. Religiöse Färbung einer Reihe von Vorstellungen in 1, 2, 4, 7, 8, 11.
4. Deutlich erkennbarer associativer Zusammenhang von Vorstellungsreihen z. B. in 4, 6, 7.
5. Expansives und räsonnirendes Wesen z. B. in 13, 16.
6. Mangel an Iterativerscheinungen, Verwirrtheit, Amnesie.

Wahrscheinlichkeits-Diagnose aus den ersichtlichen Symptomen: Paralyse und Epilepsie ausgeschlossen. Maniakalischer Erregungszustand.

Diagnose auf Grund der Krankengeschichte: Periodische Manie.

Name: Frau St., aufgenommen in die Klinik am 11. Juni 1900. Datum der Untersuchung: 7. August 1900. Tageszeit: 7 Uhr abends.

1. Wie heissen Sie? — Ich heiss Frau St . . — Eva Peter Rollmops — — ich heiss. Dr. Alex Eberhardt — — — —

2. Was sind Sie? — Cigarrmacherin.

3. Wie alt sind Sie? — Ich heiss' Appetit in Ehren nix.

4. Wo sind Sie zu Hause?	Daheim um halbe 7. 8 . . Musik. . ich hab nicht Ihre Manik ich hab auch nicht Ihre Monik.
5. Welches Jahr haben wir jetzt?	Soll nicht auf weise — —
6. Welchen Monat haben wir jetzt?	Appetit — ist mir nicht gut — —
7. Welches Datum haben wir?	Amerikus egal — ober epper — Appetit.
8. Welchen Wochentag haben wir heute?	Myntalax — Musik —
9. Wie lange sind Sie hier?	Amerik Appetit — Musik — Klein-Gross-Kotzenburg.
10. In welcher Stadt sind Sie?	In welcber Stadt sind Sie hier — — Elis — Herr Jesus.
11. In was für einem Hause sind Sie?	Emmerichs Haus, Epertshausen, das heisst die Frau hangt — Emmerich.
12. Wer hat Sie hierher gebracht?	Der Emmerich — — Herr Dr. Caspar Emrich, Herr Dr. Cohl Ebrenich.
13. Wer sind die Leute Ihrer Umgebung?	Was sind das für Leute weiss ich nicht. muss immer Appeti Musik sagen.
14. Wo waren Sie vor 8 Tagen?	Ich war vor 8 Tagen in Emmerich Emmerichhausen — die Emerichkeit.
15. Wo waren Sie vor einem Monat?	Vor 8 Monaten hab' ich immer gesungen Gross klein Emerich Curt — — (paraphrasirt).
16. Wo waren Sie vorige Weihnachten?	Ich war in immer hier Bobrichs Kalixie.

Es tritt hervor:

1. Particelle Orientirtheit bei 1 und 2.

2. Sprachliche Erregung mit unzusammenhängenden Worten, die zum Theil einen seltsamen manierirten Charakter haben bei 1, 4, 6, 11, 16.

3. Wortverdrehungen und Worterfindungen bei 4, 7, 8, 14, 16.

4. Iterativerscheinungen bei 11, 12, 14.

Diagnose aus dem Bogen mit Wahrscheinlichkeit abzuleiten: Erregungszustand mit katatonischen Zügen. Differentialdiagnose zwischen Epilepsie und Katatonie.

Diagnose aus der Krankengeschichte: Katatonie.

Name: F. Aufgenommen am 2. April 1899. Datum der Untersuchung: 23. April 1899. Tageszeit: 5 Uhr nachmittags.

1. Wie heissen Sie?	Ich hab Rheumatismus im Kopp. Ich bin schwach, ach! ach! ach!
2. Was sind Sie?	Maurer. Ach! ach! ach!
3. Wie alt sind Sie?	Ist alles aufgeschrieben bei mir, ich weiss nicht, hab' nichts gethan — deutscher Kaiser — ach! ach! ach!
4. Wo sind Sie zu Hause?	Ich bin zu schwach Gelenkrheumatismus (scandirend: Gelenkrheumatismus).
5. Welches Jahr haben wir jetzt?	Ich bin schwach.
6. Welchen Monat haben wir jetzt?	Kann ich nicht sagen, bin zu schwach. Rheumatismus (abgebrochen sprechend)
7. Welches Datum haben wir?	(Achselzuckend:) Kann ich nicht sagen, bin zu schwach, Rheumatismus hab' ich.
8. Welchen Wochentag haben wir heute?	Kann ich nicht sagen. bin zu schwach.
9. Wie lange sind Sie hier?	3 Stund, auch 2, Rheumatismus. bin zu schwach.
10. In welcher Stadt sind Sie?	Kann ich nicht sagen. bin zu schwach.

11. In was für einem Hause sind Sie?	(Achselzucken) Rheumatismus, zu schwach, Rheumatismus, zu schwach.
12. Wer hat Sie hierher gebracht?	Kann ich nicht sagen, (leise sprechend:) gut und treu, immer, Sie wissen ja. vorigen Sommer.
13. Wer sind die Leute Ihrer Umgebung?	Kann ich nicht sagen.
14. Wo waren Sie vor 8 Tagen?	Kann ich nicht sagen (leise).
15. Wo waren Sie vor einem Monat?	Ach, ich hab kein Licht, gestorben.
16. Wo waren Sie vorige Weihnachten?	Hab' ich Weihnachten gehalten, geleugnet.

Es zeigen sich folgende Symptome:

1. Auftreten von Antworten, die zu der Frage in keiner Weise passen. und zunächst den Anschein von Verwirrtheit erwecken. (1, 3, 6, 9, 13.)

2. Richtige Antwort bei 2.

3. Vielfache hypochondrische Ideen bei 1, 4, 6, 9, 10, 11, 15.

4. Melancholische Aeusserungen in Jammerlauten und Reden (2, 3).

5. Abgerissene und leise Sprechweise bei 4, 6, 12, 14.

6. Vielfache Wiederholung der gleichen Phrasen an falscher Stelle.

7. Unverständliche Worte, die an Wahnideen erinnern z. B. bei 3 „deutscher Kaiser“, bei 16 „geleugnet“.

Diagnose (aus der Analyse mit Wahrscheinlichkeit abzuleiten): Katatonie.

Name: Frau X. Aufgenommen am 9. Juni 1900. Datum der Untersuchung: 30. Juni 1900.

1. Wie heissen Sie?	(Liegt lachend ganz verhüllt.) Ich heisse Caroline ring ring ring (singend).
2. Was sind Sie?	Ich? Ich bin Schulgymnasiast (lacht convulsivisch).
3. Wie alt sind Sie?	Gar nicht! Nie geboren! Dumm und dreckig! nichts zugelernt (lacht und redet weiter).
4. Wo sind Sie zu Hause?	Ich bin zu Hause — — Noch nie hab' ich einen Floh gesehen! (Wo sind Sie zu Hause?) Ich weiss es nicht!
5. Welches Jahr haben wir jetzt?	Wir schreiben 18 — —
6. Welchen Monat haben wir jetzt?	2. (lachend).
7. Welches Datum haben wir?	Mal 4 (lachend).
8. Welchen Wochentag haben wir heute?	Der letzte im Champagnermonat.
9. Wie lange sind Sie hier?	Dreimal (lautes Lachen).
10. In welcher Stadt sind Sie?	In der Laus (laut geschrieen unter Lachen).
11. In was für einem Hause sind Sie?	Wo mein Zügel wohnt. 51 hat's früher!
12. Wer hat Sie hierher gebracht?	Hier war ich roth und da war ich roh! Das Titchen. Der Herr von K
13. Wer sind die Leute Ihrer Umgebung?	Romanen.
14. Wo waren Sie vor 8 Tagen?	In der römisch-kathol.-griechischen Kirch'.
15. Wo waren Sie vor einem Monat?	Beim Georg D . . in der Druckerei.
16. Wo waren Sie vorige Weihnachten?	In der Christabellamausaclausa.

Letzteres Wort wird in der Antwort auf die Frage 16 weiter variirt: „Nein! Ich bin dumm. Ich muss über alles lachen. Ohne Clausa ohne Mausa, ohne Flora ohne Dora!“

Es treten folgende Symptome hervor:

1. Starke Euphorie in 1, 2, 3, 6, 7, 9, 10.

2. Verkehrte Antworten mit sprunghaften Associationen, einigemale ohne associative Weiterbildung, z. B. in 13, 14.

3. Eine Klangassociation in 12 (roth, roh).

4. Seltsame Wortbildung in 16, welche bei weiteren Fragen in seltsamster Weise in Verbindung mit dem unter 3 genannten Symptom variirt wird.

Diagnose: Scheinbar maniakalischer Erregungszustand mit Symptomen von Sprachverdrehung, wie sie bei Katatonie vorkommt.

Das Krankheitsbild hat sich in letzterer Richtung weiter verschoben, was aus folgendem Bogen hervorgeht:

Name: X. Datum: 1. October 1900.

1. Wie heissen Sie?	(Stumm, dann lachend) Ich: hab keinen Namen!
2. Was sind Sie?	Ich bin ein Neger.
3. Wie alt sind Sie?	So schimmlig wie der Tisch.
4. Wo sind Sie zu Hause?	Schimmelig! (Wo liegt das?) hier.
5. Welches Jahr haben wir jetzt?	Schimmelig!
6. Welchen Monat haben wir jetzt?	Schimmelig!
7. Welches Datum haben wir?	Hm!
8. Welchen Wochentag haben wir heute?	(Keine Antwort.)
9. Wie lange sind Sie hier?	(Wendet sich ab, schweigt.)
10. In welcher Stadt sind Sie?	(Bleibt abgewandt stumm.)
11. In was für einem Hause sind Sie?	(Zuckt mit der Achsel.)
12. Wer hat Sie hierher gebracht?	(Stumm.)
13. Wer sind die Leute Ihrer Umgebung?	(Wendet sich ab. „Ich kann warten!") Ich auch.
14. Wo waren Sie vor acht Tagen?	Ich habe Sie ja gar nicht gewünscht, nie Verlangen gehabt. Wer hat mich denn hier vergeistert. (!)
15. Wo waren Sie vor einem Monat?	(Ausgelassen.)
16. Wo waren Sie vorige Weihnachten?	(Schliesst die Augen, stumm verharrend, dann:) das weiss ich nit mehr.

Es tritt hervor:

1. Negativismus in 1.

2. Mutismus in 8, 9, 10, 11, 12.

3. Paralogie in 2, 3.

4. Iterativerscheinungen ohne Beziehung auf einen Affect, das Wort „schimmelig" kommt ohne Zusammenhang mit der Frage in 3, 4, 5, 6 vor.

5. Eine seltsame Wahnidee in 14 (Wer hat mich denn hier vergeistert).

Diagnose: Das Krankheitsbild hat sich seit dem 30. Juni noch mehr nach der Seite der Katatonie entwickelt.

In dieser Weise lässt sich durch Vergleichung der zu verschiedenen Zeiten erhaltenen Reactionen auf die gleichen Reize der Ablauf der Krankheit in einfachster Weise herausstellen.

Gedächtnis.

Wir verstehen unter Gedächtnis die Fähigkeit, Eindrücke oder psychische Vorgänge, die früher in uns vorhanden waren, wieder vorzustellen, zu erinnern. Die Art, wie diese Erinnerung früherer Vorgänge stattfindet, ist eine verschiedene. Entweder kann im associativen Ablauf von Vorstellungen gelegentlich die Reproduction früherer psychischer Vorgänge stattfinden, oder es kann durch einen äusseren Reiz veranlasst eine Erinnerung an ein früheres psychisches Erlebnis auftauchen. Eine bestimmte Art solcher äusserer Reize sind Fragen, die sich auf

früher erworbene Wissenselemente oder auf die Lebensereignisse eines Menschen beziehen.

In diesem Fall kann nun die Erinnerung entweder als fertig vorgebildetes Wissen erscheinen, oder es bedarf eines Nachdenkens, das man sehr zutreffend als Besinnung bezeichnen kann, um das der Frage adäquate Wissenselement wachzurufen. Das Gleiche kann gelegentlich auch im Denkzusammenhang veranlasst sein, wenn wir bei uns auf einen Mangel an Gedächtnis stossen und uns mit Anstrengung an etwas zu erinnern suchen. Hierbei geräth man gelegentlich in den gleichen Zustand von activem Suchen nach dem Gedächtniselement, wie er in uns durch Fragen ausgelöst werden kann. Es zeigt sich also, dass die oben gemachte Unterscheidung, ob eine Erinnerung in uns gelegentlich im Ablauf von Vorstellungen auftaucht, oder durch eine Frage veranlasst wird, nicht den psychologischen Kernpunkt trifft. Wir kommen vielmehr auf einen Grundunterschied in der Art der Reproduction, je nachdem diese im freien Ablauf von Vorstellungen oder als Resultat eines activen Nachdenkens auftritt.

Diese Unterscheidung ist besonders für klinische Zwecke erforderlich, z. B. ist bei Paralytischen die Fähigkeit, Erinnerungsbilder aus dem eigenen Leben gelegentlich zu reproduciren, oft noch eine überraschend grosse, während die Fähigkeit der besonnenen Reproduction, wie wir die andere Art der Erinnerung nennen wollen, schon sehr gestört ist. Oft gelingt diese active Reproduction auf eine Frage nicht, während die gelegentliche auf associativem Wege mühelos zum Ziel führt. Manchmal scheint sogar das willkürliche Nachdenken das associative Auftauchen der Erinnerung zu hemmen. Andererseits kann man in der Genesung von Verwirrtheitszuständen beobachten, dass die gelegentliche Reproduction von Erinnerungsbildern aus der Krankheitsperiode ganz fehlt, während es dem activen Nachdenken der Betreffenden gelingt, Spuren der früheren psychischen Vorgänge sich in Erinnerung zu rufen.

Wir müssen hier die Momente, welche bei der Erinnerung in Betracht kommen, genau auseinanderhalten. Die Voraussetzung dazu besteht darin, dass von den früheren Vorgängen überhaupt irgend welche Spuren in dem psychophysischen Organismus des Gehirnes zurückbleiben. Wie man sich diese denkt, ob man sie als materielle Aenderungen der Gehirnsubstanz auffasst oder als „unbewusste" Gedanken, ist Sache der mehr materialistischen oder mehr spiritualistischen Theorie. Für die klinische Erfahrung genügt die Thatsache, dass sie vorhanden sind, und die Annahme, dass die Gehirnbeschaffenheit, welche dem psychischen Eindruck entspricht, bei der Reproduction in irgend einer Weise wieder in Kraft treten muss.

Diese Voraussetzung der Reproduction scheint bei einer Reihe von organischen Hirnkrankheiten, besonders bei Herdkrankheiten und Hirnparalyse in späterem Stadium verloren zu sein. Hier handelt es sich um einen organischen Defect der materiellen Voraussetzungen zur Reproduction. Auch bei der Amnesie der Epileptiker scheint es sich um ein solches Verlöschen der Spuren von Vorstellungen zu handeln. Dabei ist bemerkenswerth, dass die Conservirung dieser Spuren im Gehirn durchaus nicht etwa von der Lebhaftigkeit der Vorstellungen abhängt. Es kommen in epileptischen Dämmerzuständen sehr lebhafte Vorstellungen vor, für welche

später völlige Amnesie herrscht. Immerhin kann man annehmen, dass in diesen Fällen die Spuren des Processes verschwinden.

Andererseits kann die organische Bedingung des Gedächtnisses erhalten sein, während doch eine Erinnerung nicht stattfindet, selbst wenn sie normaler Weise durch Association oder durch actives Nachdenken ausgelöst werden müsste. Diese Erscheinung ist in ausgesprochener Weise bei hypnotischen Zuständen gegeben. Nach dem Erwachen daraus werden öfter Vorstellungen und Eindrücke nicht reproducirt, während in einem neuen hypnotischen Stadium dieselben zur Erinnerung kommen. Danach erscheint die Fähigkeit der Erinnerung als eine psychophysische Leistung, welche zu der blossen organischen Voraussetzung der Reproduction hinzutreten muss.

Diese Beobachtung könnte leicht zu der Auffassung führen, als ob das Gedächtnis ein gesondertes Vermögen sei, welches die erhaltenen Spuren der geistigen Vorgänge wachruft. Jedoch hat in diesem Punkte die naturwissenschaftliche Beobachtung die Voraussetzungen der speculativen Psychologie corrigirt. Bei der Prüfung des Gedächtnisses ist vor allem zu beachten, auf welche Gruppe von Vorstellungen sich dieselbe bezieht. Die Annahme eines Gedächtnisvermögens, welches gleichmässig in Bezug auf alle Theile des Vorstellungslebens wirksam wäre, hat sich als unhaltbar erwiesen. Die einzelnen Individuen unterscheiden sich durch die verschiedene Stärke des Gedächtnisses in Bezug auf verschiedene Vorstellungsgruppen, und dementsprechend ist im psychischen Leben des Individuums die Stärke des Gedächtnisses z. B. in Bezug auf die verschiedenen Sinnesgebiete eine ganz verschiedene. Die Thatsache des partiellen Gedächtnisses muss als Fundament aller klinischen Prüfung festgehalten werden. Es handelt sich darum, nachzuweisen, ob die Gedächtnisleistungen in Bezug auf die verschiedenen wesentlichen Gruppen von Vorstellungen die gleichen sind. Wir heben aus der grossen Zahl von Partialgedächtnissen für klinische Zwecke nur folgende hervor:

1. Im akustischen Gebiet das Wortgedächtnis. Es können die Namen von Gegenständen, deren Beschaffenheit und Bedeutung richtig gedacht wird, verloren gehen. Dies geschieht oft bei Herdkrankheiten des Gehirnes, speciell Zerstörungen im hinteren oberen Theil des linken Temporallappens und vom Gyrus supramarginalis nach hinten. Entweder ist dabei die Fähigkeit, zu Gesichtseindrücken die adäquaten Worte zu finden, verloren, oder die Störung tritt nur im Ablauf der Rede auf. Auch kann die Fähigkeit, Töne und Melodieen zu reproduciren, verloren gegangen sein.

2. Störung des optischen Gedächtnisses. Schon im Rahmen des Normalen ist die Fähigkeit, optische Eindrücke, besonders Farben zu reproduciren, eine graduell ausserordentlich verschiedene. Für die Individualpsychologie liegt hierin ein wesentlicher Factor. In pathologischen Fällen, besonders bei Erkrankungen des linken Hinterhauptlappens, kann ein völliger Verlust von optischen Erinnerungsbildern vorhanden sein.

3. Störungen des Gedächtnisses für Formen, Raum- und Lageverhältnisse. Dies ist z. B. bei der Art der Lese- und Schreibstörungen der Fall, welche auf Mangel an Erinnerungsbildern für die Druck- und Lesezeichen beruht. Diese Störung wird hauptsächlich bei Zerstörung in der Gegend des linken Gyrus angularis beobachtet, kann jedoch auch in epileptischen Zuständen als partielles Ausschaltungssymptom auftreten.

Ferner ist praktisch der Mangel an räumlicher Orientirung sehr wichtig, welcher auf Verlust von Erinnerungsbildern beruht. Diese Erscheinung kommt nun nicht nur bei Herdkrankheiten des Gehirnes, sondern auch als Theilerscheinung von Verwirrtheitszuständen, z. B. bei Paralytischen, vor.

Ebenso wie im Gebiet der Herdkrankheiten des Gehirnes muss im Gebiet der Geisteskrankheiten im engeren Sinne versucht werden, die im einzelnen Fall zerstörten Partial-Gedächtnisse zu bezeichnen und wenn möglich die Organe des Gehirnes zu bestimmen, deren Störung die materielle Voraussetzung zu diesen Ausfallserscheinungen bildet.

Neben der Beziehung auf die verschiedenen Gruppen von Vorstellungen sind die zeitlichen Verhältnisse der Gedächtniselemente zu beachten. Die Fähigkeit, sich an längst Vergangenes oder kürzlich Erlebtes zu erinnern, ist auseinanderzuhalten. Im allgemeinen blassen Erinnerungen allmählich ab und machen dem neu aufgenommenen Vorstellungsmaterial Platz. Oft zeigen sich jedoch alte Eindrücke lebendig, während neue vergessen werden. Dies tritt besonders bei senilen Gedächtnisstörungen sehr hervor. Um diese Erscheinungen zu erklären, muss man die Art der Aufnahme untersuchen. Das Moment des Aufgreifens der äusseren Eindrücke, die Erwerbung des Gedächtnismaterials ist vermuthlich von grösster Wichtigkeit für die Erklärung einer Reihe von Erscheinungen in der Pathologie des Gedächtnisses.

Wir müssen hier nochmals auf die Thatsache der posthypnotischen Amnesie zurückgreifen. Die Annahme eines besonderen Gedächtnisvermögens zur Erklärung der Ausschaltungserscheinungen, welche sich nach hypnotischen Zuständen zeigen, ist unhaltbar, und es müssen andere Bedingungen für das Zustandekommen dieser Erscheinung vorhanden sein. Diese liegen wahrscheinlich in der Art, wie die Eindrücke und Vorstellungen mit dem schon vorhandenen Vorstellungsmaterial verknüpft werden. Bei dem Merken einer Sache spielt wahrscheinlich das Denken der Beziehung dieser zu unserem Ich eine grosse Rolle. Die Eindrücke werden sofort in den Zusammenhang der das Ich ausmachenden Vorstellungsgruppe eingereiht. Da bei dem hypnotischen Zustand nun gerade die Ausschaltung des Selbstbewusstseins bei Intactheit der perceptiven und reactiven Vorgänge das Wesentliche bildet, fehlt den im hypnotischen Zustand auftauchenden Vorstellungen die bindende Beziehung auf das Ich, welche bei der Reproduction eine wesentliche Rolle spielt. Man mag diese Erklärung annehmen oder nicht: jedenfalls kann aus den Thatsachen der Ausschaltung von Spuren, die in erneutem hypnotischem Zustand erinnert werden, nicht geschlossen werden, dass das Gedächtnis ein besonderes Vermögen sei, welches zu dem Vorstellungsmaterial unabhängig von diesem hinzutreten müsste, um Erinnerungen hervorzurufen. Es muss vielmehr angenommen werden, dass die Art der Auffassung eine wesentliche Rolle bei dem Einprägen von Eindrücken spielt.

So erklären sich auch die Thatsachen bei der senilen Gedächtnisschwäche, wobei alte Erinnerungen festhaften, während die kürzlich wahrgenommenen Dinge nicht erinnert werden, am einfachsten: der wesentliche Mangel liegt in der Auffassung der Eindrücke.

Schulkenntnisse.

Einen praktisch wichtigen Theil des Gedächtnismateriales bilden die Schulkenntnisse. Die Summe dieser wird natürlich bei verschiedenen Individuen je nach ihrem Bildungsgange und ihrer persönlichen Beanlagung eine sehr verschiedene sein. Man muss daher bei solchen Prüfungen das Niveau der Lebensverhältnisse und Begabung im Auge haben. Auch kann es vorkommen, dass geistig normal beanlagte Individuen überhaupt keine Schulbildung bekommen haben. Die Zahl dieser ist bei den einzelnen Völkern entsprechend ihren Staatseinrichtungen eine verschiedene.

Trotz dieser die Beurtheilung gelegentlich erschwerenden Momente ist die Untersuchung der Schulkenntnisse in vielen Fällen von diagnostischer Bedeutung. Vor allem gilt dies für den Nachweis des angeborenen oder in den ersten Lebensjahren erworbenen Schwachsinns. Bei diesem sind die Schulkenntnisse mehr oder weniger mangelhaft, während die später nach erworbener Bildung ausbrechenden Zustände von Schwachsinn, falls sie nicht paralytischer oder epileptischer Natur sind, die Schulkenntnisse fast immer in auffallender Weise ungestört lassen.

Bei der Untersuchung kann man zwei verschiedene Methoden wählen. Entweder man sucht das Gesammtinventar des in der Schule erworbenen Wissens aufzustellen, oder man beschränkt sich auf eine verhältnissmässig kleine Anzahl von Fragen, die in vergleichender Weise auf alle vorkommenden Krankheitsfälle angewendet werden.

Erstere Methode ist deshalb schwer anzuwenden, weil es kaum möglich ist, im einzelnen Falle auch nur annähernd zu wissen, welche Wissenselemente von dem Untersuchten ursprünglich erworben worden sind. Die verloren gegangenen Theile lassen sich also kaum feststellen. Auch ist diese Art der Untersuchung sehr zeitraubend und schon deshalb von dem praktischen Arzt, der oft in die Lage kommt, rasch die wesentlichen Symptome feststellen zu müssen, nicht anwendbar.

Die andere Methode giebt zwar ein unvollständiges Bild von dem Gesammtmaterial an Schulkenntnissen, gewährt aber den grossen Vortheil der Vergleichbarkeit der Resultate und erlaubt ein bestimmtes Urtheil darüber, wie sich das zu untersuchende Individuum in Bezug auf eine bestimmte Summe von Anforderungen im Vergleich zu anderen Personen verhält. Praktisch kommt es darauf an, eine solche Auswahl aus der grossen Summe von Möglichkeiten zu treffen, dass die wesentlichen Gebiete der Schulkenntnisse durch einige Fragen getroffen werden. Dies ist in dem folgenden Frageschema versucht, in welchem neben den elementaren Kenntnissen gedächtnismässiger Reihen (Alphabet, Zahlenreihe, Namen der Monate und Wochentage, bekannte Lieder und Wortreihen aus dem religiösen Gebiete) einige geographische und geschichtliche Anforderungen erhoben sind. Es ist unmöglich, ein allgemein giltiges Schema aufzustellen. Eine Anzahl von Fragen werden von dem Einzelnen unter Anpassung an besondere nationale oder territoriale Verhältnisse geändert werden müssen. Die Hauptsache ist, dass nach der Feststellung der geeigneten Fragen diese gleichmässig auf alle zu Untersuchenden angewendet werden.

Schema zur Prüfung der Schulkenntnisse.

1. Alphabet.
2. Zahlenreihe.
3. Monatsnamen.
4. Wochentage.
5. Vater unser.
6. Zehn Gebote.
7. Deutschland, Deutschland über alles.
8. Wie heissen die grössten Flüsse in Deutschland?
9. Wie heisst die Hauptstadt von
   a) Deutschland?
   b) Preussen?
   c) Sachsen?
   d) Bayern?
   e) Württemberg?
10. Wer führte 1870 Krieg?
11. Wer führte 1866 Krieg?
12. Wie heisst der Landesfürst?
13. Wie heisst der jetzige deutsche Kaiser?
14. Wann starb Kaiser Wilhelm I.?

In Bezug auf die einzelnen Krankbeitsformen lassen sich folgende Sätze festhalten:

1. Der Nachweis erheblicher Lücken in den Schulkenntnissen ist für die Diagnose des angeborenen Schwachsinnes von Bedeutung.

2. Ausgenommen sind die Fälle, bei denen aus äusseren Gründen Schulbildung fehlt. Jedoch wird in solchen Fällen der relativ hohe Grad von Kenntnissen, die ausserhalb der Schule erworben werden können, z. B. geographischer Art, den Schluss erlauben, dass angeborener Schwachsinn nicht vorliegt.

3. Bei progressiver Paralyse zeigen häufig schon in frübem Stadium die Schulkenntnisse, besonders die gedächtnismässigen Reihen, erhebliche Lücken.

4. Im Gegensatz hierzu bleiben dieselben bei den nicht paralytischen Zuständen von Schwachsinn, welche nach erworbener Schulbildung ausbrechen, z. B. bei Dementia paranoïdes, Katatonie, auffallend erhalten.

Neben dem wirklichen Mangel an Schulkenntnissen kommen Fälle vor, in denen dieser nur vorgetäuscht wird. Dies ist vor allem bei melancholischen Zuständen der Fall, indem die Antworten durch die ängstliche Erregung verhindert werden, ferner bei spracblicher Hemmung, mag diese als Theil einer melancholischen Erkrankung oder als Symptom von Katatonie auftreten. Bei letzterer wird ferner Mangel an Schulkenntnissen manchmal durch Paralogie (absichtliches Danebenreden) vorgetäuscht. Etwas Aehnliches kann bei Simulation vorkommen; die Prüfung der Schulkenntnisse ist daher manchmal besonders bei Begutachtung von Unfallsverletzungen ein gutes Mittel, um Simulation nachzuweisen. Ferner kann Mangel von Schulkenntnissen bei Maniakalischen vorgetäuscht werden, indem das in der Frage liegende Element associativ weitergebildet wird, so dass scheinbar eine der Frage nicht entsprechende Antwort zustande kommt.

Abgesehen von den Resultaten, welche die Frage nach dem Vorhandensein und dem Grade der Schulkenntnisse betreffen, bietet die Analyse der Antworten häufig einen Einblick in den sonstigen geistigen Zustand eines Kranken. Oft treten Reactionen auf, die mit Wahnvorstellungen zusammenhängen oder die Grundeigenthümlichkeiten eines Zustandes geistiger Schwäche in Form von vergleichbaren Reactionen deutlich darstellen.

Voraussetzung zur Verwerthung der Resultate ist, dass die gesammten Reactionen der Kranken mit allen Nebenerscheinungen im sprachlichen, physiognomischen und gestikulatorischen Gebiet genau verzeichnet werden.

Rechenvermögen.

Während sich in der Sprache der einheitliche Begriff eines „Rechenvermögens" ausgeprägt hat, führt die klinische Analyse immer mehr zu der Anschauung, dass bei dieser Leistung sehr verschiedene geistige Fähigkeiten in Betracht kommen. Zunächst ist die Art, wie die Rechenfähigkeit erlangt wird, von Wichtigkeit. Das Product der elementaren Rechenübungen wird zum Theil als Bestandtheil des Wortgedächtnisses bewahrt. Vor allem ist dies oft bei Multiplicationen der Fall, deren Reihe dann rein gedächtnismässig reproducirt wird, ohne dass jedesmal ein Rechenact vollzogen wird. Auch bei Additionen spielt das Merken von Wortreihen, die in der Schule auswendig gelernt sind, eine grosse Rolle.

Mit diesem einfachen Reproduciren von gedächtnismässigen Reihen ist das Rechnen im eigentlichen Sinne mehr oder weniger verbunden. Auch nach Ausschaltung des blossen Gedächtnismomentes erscheint dieses nicht als einheitliches Vermögen. Die vier Species sind weder psychologisch noch klinisch gleichwerthige Componenten.

Die elementarste Rechenleistung ist das Addiren, das Hinzuthun einer Grösse zur andern. In dieser Fassung ist ganz abstrahirt von den Gegenständen, mit welchen bei dem Addiren operirt wird, bis die abstracten Zahlenbegriffe gesondert in Thätigkeit kommen. Interessant ist, dass die Fähigkeit des abstracten Addirens gelegentlich verloren gehen kann, während unter Zuhilfenahme von Gegenständen, besonders der Finger, noch gerechnet werden kann. Jedenfalls scheint dieses Hinzudenken, mag es nun in mehr gegenständlicher oder mehr abstracter Weise erfolgen, leichter zu sein als das Hinwegdenken, das Abziehen. Dieses kann erheblich gestört sein, während das Addiren noch leidlich geht. Bei dem Multipliciren, soweit dies nicht blos in Reproduction von gedächtnismässigen Reihen besteht, geschieht eine Zusammenfassung von Elementen, welche ursprünglich durch Addition erhalten sind. Es handelt sich bei dem Einmaleins im Grunde um Zusammenfassung von gleichen Gruppen eines Elementes. Das Multipliciren als Rechenfunction ist also erheblich complicirter als das Addiren, während es praktisch infolge der gedächtnismässigen Fixirung der Resultate als einfachste Leistung erscheint. Am schwierigsten scheint das Dividiren zu sein, bei welchem es sich um das Verhältnis eines Theiles oder von Bruchtheilen zum Ganzen handelt.

Entsprechend diesen Unterschieden in der Art der Leistung sind die Störungen des Rechenvermögens zusammengesetzt aus einer Reihe von elementaren Störungen in den Grundfunctionen, welche bei den vier Species zur Anwendung kommen. Daher muss man bei der klinischen Untersuchung auf Differenzirung dieser elementaren Störungen bedacht sein. Hierbei ist eine Beschränkung auf eine verhältnismässig geringe Zahl von Fragen unerlässlich. Diese müssen so ausgesucht werden, dass die Grundfunctionen berührt werden, und dass das unterstützende Moment des blossen Wortgedächtnisses möglichst vermieden wird. Ausserdem war die verschiedene Schwierigkeit der einzelnen Aufgaben zu berücksichtigen, indem eine Stufenfolge von leichteren zu schwereren gebildet wurde. Dabei erwies es sich praktisch richtig, die Grenzen der Anforderung nicht zu hoch zu stellen, weil es nicht galt, die grossen Differenzen der rechnerischen Beanlagung im Normalpsychologischen festzustellen, sondern viel-

mehr darauf ankam, vom Niveau des Normalen ausgehend in das Gebiet des Pathologischen zu gelangen. Zugleich war eine Bestimmung der Reactionszeit nöthig, unter Bezugnahme auf die Zeitwerthe, welche vom Normalen zu der Lösung im allgemeinen gebraucht werden.

Ferner war es erforderlich, die Aufeinanderfolge so zu wählen, dass für den Rechnenden nicht eine Lösung zugleich als Anhaltspunkt für die folgende dienen konnte, während andererseits zur leichteren Controle der Lösungen eine Gesetzmässigkeit des Zuwachses angestrebt werden musste.

Auf Grund von diesen Ueberlegungen entstand nach vielen Versuchen folgendes

Rechenschema.

Name:				Nr.:			
Datum.				Kopfrechnen:			
Tageszeit:				Schriftliches Rechnen:			
Aufgabe	Antwort	Zeit	Bemerkungen	Aufgabe	Antwort	Zeit	Bemerkungen
I.				III.			
1 × 3 = ?				3 — 1 = ?			
2 × 4				8 — 3			
3 × 5				13 — 5			
4 × 6				18 — 7			
5 × 7				29 — 10			
6 × 8				40 — 13			
7 × 9				51 — 16			
8 × 10				62 — 19			
9 × 11				73 — 22			
12 × 13				84 — 25			
II.				IV.			
2 + 2 = ?				2 1 = ?			
3 + 4				8 2			
4 + 6				18 : 3			
5 + 8				32 . 4			
8 + 14				50 : 5			
11 + 20				18 : 6			
14 + 26				35 : 7			
17 + 32				56 : 8			
20 + 38				81 : 9			
23 + 44				110 : 10			

Dazu wurden noch zur Feststellung höherer Schulbildung im einzelnen Falle folgende Aufgaben aus dem Gebiet der Gleichungen hinzugefügt:

$$(x - 3 = 14),\ x = ?$$
$$(x + 5 = 11),\ x = ?$$
$$(x \times 7 = 63),\ x = ?$$
$$(x : 9 = 5),\ x = ?$$

Zu der Construction des Schemas ist folgendes zu bemerken:

Ad I. Multiplicationen: Die Zahlen schreiten im Multiplicator und Multiplicandus um je 1 fort, so dass keine Lösung eine Erleichterung der nächsten schafft. Nur ist die Aufgabe 10 × 12 vermieden, weil die Multiplication mit 10 anscheinend zu den leichtesten gehört und daher das Princip der fortschreitenden Schwierigkeit gestört würde. Es ist dafür als nächste Aufgabe 12 × 13 gesetzt.

Ad II. Additionen: Von der Aufgabe 2 + 2 ausgehend, ist bis zur 4. Aufgabe die erste Zahl um 1, die zweite um 2 vermehrt (2 + 2, 3 + 4, 4 + 6, 5 + 8), sodann die erste Zahl um 3, die zweite um 6 (also 5 + 8, 8 + 14, 11 + 20, 14 + 26, 17 + 32, 20 + 38, 23 + 44). Diese Zusammenstellung erleichtert bei Kenntnis des Principes die Controle der Lösungen sehr, da diese bei den ersten vier Aufgaben um 3 (= 1 + 2), bei den nächsten um 9 (= 3 + 6) fortschreiten (4, 7, 10, 13; 22, 31, 40, 49, 58, 67). Dass diese Gesetzmässigkeit alsbald erkannt und als Hilfsmittel der Lösung benutzt wird, ist nach vielfachen Versuchen nicht anzunehmen.

Ad III. Bei den Subtractionen wird von der einfachen Aufgabe 3 — 1 ausgegangen und bei den ersten 4 Aufgaben die erste Zahl um 5, die zweite um 2 vermehrt. Dementsprechend steigt bis dahin die resultirende Zahl um 5 — 2 = 3 (2, 5, 8, 11). Sodann ist die erste Zahl um 11, die zweite um 3 vermehrt, so dass der Zuwachs der Lösungen immer 8 beträgt. In früher verwendeten Schematen* wurde der Zuwachs unregelmässig gewählt, um eine Erkennung der Regelmässigkeit des Zuwachses zu verhindern. Diese Fehlerquelle ist jedoch bisher nie von mir beobachtet worden, so dass ich wegen der leichtoren Controle der Richtigkeit der Lösungen die Gesetzmässigkeit der Zusatzwerthe vorziehe. Hierdurch ist auch das Princip der steigenden Schwierigkeit besser bewahrt als bei unregelmässigem Zuwachs.

Ad IV. Divisionen: Die Reihe ist so gestaltet, dass die Divisoren eine fortlaufende Reihe bis 10 bilden. Die Quotienten steigen bis zur 5. Aufgabe um je 2 im Gebiet der geraden Zahlen von 2—10, bei den letzten 5 Aufgaben ebenfalls um je 2 im Gebiet der ungeraden von 3—11. Die Dividenden ergeben sich aus den in diesen Reihen gewählten Zahlen mit Nothwendigkeit. Wegen der Vergrösserung des Divisors ist im allgemeinen eine Steigerung in der Schwierigkeit der Aufgaben vorhanden.

Der wesentliche Nutzen des für alle Fälle festgehaltenen Schemas liegt in der Vergleichbarkeit der Resultate. Es kommt bei der Analyse nicht nur auf das Procentverhältnis zwischen richtigen und falschen Antworten an, sondern auf die Vertheilung der richtigen Antworten innerhalb der einzelnen Species. Ferner springt bei der Zusammenfassung vieler Untersuchungsbögen bald in das Auge, dass in den falschen Antworten bestimmte Arten von Fehlern wiederkehren. Vergleicht man die Gruppirung der Fehler mit der Art der Erkrankung, so stellt sich heraus, dass verschiedene Arten von Fehlern bei bestimmten Krankheitsgruppen relativ überwiegen, so dass das häufige Auftreten einer bestimmten Art von Fehlern pathognomonisch für eine bestimmte Krankheit werden kann.

Ich hebe zunächst folgende Erscheinungen hervor:

1. Ueberwiegen der Leistung in einer Species, z. B. können Paralytische gelegentlich noch Multiplicationsaufgaben sehr gut ausführen, während ihre Fähigkeit in den anderen Species sehr gestört ist. Der Grund liegt darin, dass bei den Multiplicationen das Wortgedächtnis eine wesentliche Rolle spielt. Ebenso kann bei Idiotischen, welche Schulbildung genossen haben, das Wortgedächtnis für Multiplicationsreihen vorhanden sein, während sie die anderen Species sehr schlecht beherrschen.

2. Es treten falsche Resultate hervor, die einen Mangel an Aufmerksamkeit andeuten, z. B. Verrechnen um wenige Einheiten bei den Additionen, Verwechselung der Species bei mündlicher Stellung der Frage u. a. Diese Erscheinungen kommen schon im Gebiet des Normalpsychologischen vor.

---

* Vergl. Untersuchungsmethoden pag. 294.

3. Es zeigt sich in den Antworten ein stereotypes Festhalten von Elementen der Frage oder von vorhergehenden Lösungen. Diese Erscheinung ist sehr häufig bei Katatonischen, tritt aber auch bei epileptischer und paralytischer Demenz zutage.

4. Es kommen Fehler vor, die zu der gestellten Aufgabe gar keine rechnerische Beziehung haben. Die Kranken produciren die erste beste ihnen einfallende Zahl. Diese Erscheinung ist bei angeboren Schwachsinnigen sehr häufig, während die durch eine nicht paralytische Geisteskrankheit schwachsinnig Gewordenen meist gute Rechenleistungen aufweisen. Wichtig ist die Thatsache, dass die Rechenleistungen bei Simulation von Geisteskrankheit die gleiche Art des Fehlers infolge willkürlichen Danebenredens aufweisen, während sich angeborener Schwachsinn meist ausschliessen lässt. Verwechselungen könnten dann nur mit Katatonie vorkommen, wobei sich ebenfalls Rechenfehler häufig als Paralogie (bewusstes Danebenreden) erklären.

Neben der Zahl und Art der Fehler ist das völlige Fehlen von Reactionen zu beachten. Dieses kommt bei Hemmungszuständen ohne wirkliche Störung des Rechenvermögens vor. Hierbei wird die Beachtung der physiognomischen Nebenerscheinungen und der Muskelspannungen meist auf die Art der Störung leiten.

Manchmal wird die Hemmung durch einzelne Reactionen unterbrochen, die dann durch ihre Richtigkeit beweisen, dass eine Störung der Rechenfunction nicht vorliegt. Ausser dem Fehler der Reaction kommen die Störungen der Reactionszeit in Betracht. Die Zeit kann in dreifacher Weise bestimmt werden:

entweder *a)* in Bezug auf jede einzelne Lösung,

oder *b)* in Bezug auf die Lösungen in den einzelnen Species,

oder *c)* in Bezug auf die gesammte Leistung.

Praktisch ist die erste Methode vorzuziehen.

Von den pathologischen Erscheinungen, welche in Bezug auf den zeitlichen Verlauf zu beachten sind, hebe ich vor allem die Verlängerung der Reactionszeiten hervor. Diese kann entweder eine regelmässig bei allen Lösungen auffallende Erscheinung sein; dies ist meist ein Ausdruck gleichmässiger Hemmung, wie sie im Ablauf von gutartigen Depressionszuständen oft vorkommt. Oder es zeigen sich Lösungen mit starker Verlängerung der Zeiten und rasche Lösungen in unregelmässiger Reihenfolge, oft so, dass leichte Aufgaben lange Zeiten und schwerere kurze Zeiten dauern. Dieser Wechsel ist häufig bei katatonischen Zuständen vorhanden. Ferner kommt es vor, dass die Zeitdauer der Lösung immer mehr zunimmt, selbst wenn bei dem Uebergang von einer Species zur anderen die Aufgaben relativ wieder leichter werden. Dies tritt gelegentlich bei Erschöpfungszuständen auf.

Verkürzung der Reactionszeiten habe ich bisher als pathologisches Symptom nie beobachtet. Dieselbe wäre bei manchen maniakalischen Zuständen denkbar, ist jedoch schwer erweislich, weil die Anwendung von instrumentellen Messmethoden feinerer Art bei erregten Kranken kaum möglich ist.

Neben der Analyse des einzelnen Fragebogens bietet die Vergleichung der zu verschiedenen Zeiten aufgenommenen Bögen ein wichtiges Hilfsmittel der Diagnostik, da durch das Nebeneinander der Symptome der Ablauf der Krankheit sehr klar herausgestellt werden kann. Dieser

Punkt kommt allerdings mehr für die Beobachtung des Kranken in der Anstalt in Betracht, während der praktische Arzt sich oft mit einer Untersuchung begnügen muss. Untersucht derselbe jedoch nach dem gleichen Schema wie später der Arzt in der Anstalt, so werden sich oft aus der Vergleichung dieser zu verschiedenen Zeiten gewonnenen Beobachtungen wichtige Schlüsse auf die Entwickelung der Krankheit machen lassen. Hier erhellt die praktische Wichtigkeit einer einfachen und einheitlichen Methode der Untersuchung, deren Einführung durch das im Schlusscapitel dieser allgemeinen Diagnostik abgedruckte Untersuchungsschema bezweckt wird.

Untersuchung der Schrift.

Eine praktisch sehr beachtenswerthe Form motorischer Aeusserung bildet die Schrift. In vielen Fällen wird die Untersuchung der schriftlichen Erzeugnisse eines Kranken entweder eine wichtige Ergänzung seiner sprachlichen Aeusserungen bilden oder sogar eher als diese geeignet sein, diagnostische Klarheit zu schaffen.

Es ist daher nöthig, hier die allgemeinen Gesichtspunkte zu entwickeln, von welchen aus diese graphischen Phänomene betrachtet und analysirt werden können.

Zunächst ist die Form der einzelnen Buchstaben zu untersuchen. Die Ausdehnung derselben nach Höhe und Breite, die Lage zur Verticalen, das Verhältnis des über und unter dem Niveau der Schrift liegenden Bestandtheils, die relative Stärke des aufsteigenden und absteigenden Striches, die Gleichheit oder Verschiedenheit wiederkehrender Zeichen, die Ausstattung derselben mit Zuthaten und Schnörkeln, ihre Verbindung mit den nächstfolgenden Buchstaben sind Momente, die mehr in das allgemein graphologische Gebiet gehören.* Jedoch kommen schon in Bezug auf diese Punkte pathologische Erscheinungen vor.

Ganz eigenthümliche Formveränderungen zeigen öfter die Schriftzüge bei Katatonischen. Sie weisen sonderbare Schnörkel auf, oder die Grösse der Buchstaben wechselt auffallend, indem z. B. in einer Zeile sehr gross, in der nächsten klein, in der dritten wieder gross geschrieben wird. Ferner sind die gröberen Störungen der Schriftzüge zu bemerken, die sich in Form von Zittererscheinungen oder ataktischen Ungenauigkeiten derselben darstellen. Solche elementare Aenderungen der normalen Form finden sich häufig bei Paralytischen, ferner bei seniler Demenz. Grosses Interesse bietet in dieser Hinsicht die Untersuchung der Schrift bei Alkoholpsychosen. Man kann den Ablauf des Processes in Bezug auf den motorischen Theil des Syndroms, wenn man z. B. nur den Namen an einer Reihe von Tagen schreiben lässt, sehr gut erkennen.

Sodann ist die Zusammensetzung der Buchstaben zu Worten zu untersuchen. Hierbei muss man mit dem weitverbreiteten Moment der unorthographischen Schreibweise rechnen. Manchmal wird bei der Beurtheilung das allgemeine Bildungsniveau des Kranken den Ausschlag geben. Auffallend wird es erscheinen, wenn die Laute, bezw. Buchstaben in falsche Reihenfolge gebracht werden oder an falscher Stelle wiederkehren. Auch für diesen Fall bieten die Briefe von Paralytischen oft

* Vergl. *Preyer*, Psychologie des Schreibens. 1895.

Beispiele; dabei ist auf das Verhältnis der einzelnen Lautgruppen, die als Silben zusammengehören, zu achten. Manchmal sind die Silben als Ganzes verstellt. Ferner finden sich in dem einzelnen Wort oft ungehörige Laut- oder Silbenbestandtheile.

Hat man die Beschaffenheit der einzelnen Buchstaben und Buchstaben-Combinationen geprüft, so frägt es sich, in welcher Weise die Worte zu Sätzen vereinigt sind. Auch hier muss man das Moment der geringen Schulbildung sehr im Auge halten, wenn man nicht gelegentlichen Fehldiagnosen auf Schwachsinn ausgesetzt sein will. Manchmal kehren die einzelnen Worte, die an sich richtig geschrieben sein können, häufig wieder. Oder es folgen einem richtigen Wort eine Reihe von anderen, die seltsame Umformungen und Laut-Verdrehungen des ersteren darstellen. Manchmal ist ein richtiges Grundwort, von dem die folgenden abgeleitet wären, gar nicht ersichtlich. Die zuletzt beschriebenen Erscheinungen treten in Schriftproben von Katatonischen oft vereinigt hervor. Dabei haben die Worte häufig mit den unmittelbar folgenden keinen Zusammenhang, so dass ein solcher Brief als Composition von wenigen vielfach wiederholten Wortelementen, die an sich richtig gestaltet sind, erscheint.

Das führt weiter zu den Störungen des grammatikalischen Zusammenhanges. Dieser kann in erheblicher Weise gestört oder ganz aufgehoben sein, z. B. bei den rein associativ weitergebildeten Wortreihen Maniakalischer, die ohne Satzbau oder mit lockeren Flickworten von einer Vorstellung zur anderen übergehen. Oefter kann man bemerken, dass die einzelnen hervorgebrachten Worte sich logisch in einen Satz bringen lassen, so dass es sich nur um eine Weglassung der grammatikalischen Form bei einem gegebenen Denkzusammenhange handelt. Es kommen jedoch auch Störungen vor, bei denen die producirten Worte gar keinen begrifflichen Zusammenhang mehr zu haben scheinen, so dass sie als Aneinanderreihung von ganz verschiedenartigen Vorstellungen erscheinen.

Hier handelt es sich um Störungen, welche kaum noch als graphische zu bezeichnen sind, da sie ebenso gut aus den gesprochenen Worten erkannt werden können. Immerhin sind auch in dieser Beziehung schriftliche Producte des Kranken oft sehr werthvoll, da die genaue Feststellung von gesprochenen Worten dieser Art gerade wegen der Zusammenhangslosigkeit selbst mit Stenographie kaum möglich oder die Niederschrift mit starken Fehlern behaftet ist, während phonographische Aufnahmen sich nur mit grösseren technischen Mitteln machen lassen.

Sehr wichtig ist die Erfahrung, dass Theile eines Briefes ganz normal sein können, während an anderen völlig pathologische Momente hervortreten. Es gilt dies besonders für die Schriftstücke Paranoïscher, Katatonischer und Schwachsinniger. Bei ersteren handelt es sich vor allem um die Aussprache von Wahnideen, die oft bei dem Versuch mündlicher Unterhaltung sorgfältig versteckt werden, während sie in heimlich geschriebenen Briefen ganz klar hervortreten.

Bei Katatonischen ist es der auffallende Wechsel von inhaltlich normalen Sätzen mit ganz seltsamen Vorstellungen oder Wortbildungen, der den klinischen Charakter des Schriftstückes darstellt.

In den Briefen der Schwachsinnigen tritt die relative Fähigkeit in den elementaren Gebieten des geistigen Lebens neben grosser Urtheilslosigkeit und Mangel an Begriffen oft deutlich hervor.

Es sind dies nur wenige Beispiele für die Fülle von speciellen klinischen Ueberlegungen, die sich bei der Analyse der schriftlichen Producte nach ihrer inhaltlichen Seite ergeben.

Neben den Worten müssen auch die Interpunctionen beachtet werden. Jedoch hat dieser Punkt mehr für die graphologische Betrachtung Normaler Bedeutung, als für die Psychopathologie. Immerhin können einige Züge, z. B. Verdoppelung oder Vervielfachung der Interpunction, decorative Ausgestaltung der einzelnen Zeichen, völliges Fehlen der Interpunction als Momente genannt werden, die bei einigen Gruppen von Geistesstörung, besonders bei manischen Erregungen, öfter vorkommen. Selbstverständlich kann aus einer solchen Erscheinung, wie sie als Eigenthümlichkeit mancher Menschen beobachtet wird, bei Abwesenheit anderer Symptome ein Schluss auf pathologische Beschaffenheit nicht gemacht werden.

Abgesehen von den Störungen der Schrift und des Wortzusammenhanges in den Briefen Geisteskranker tritt in seltenen Fällen eine eigenartige Zeichensprache hervor, die entweder in den grammatikalischen Zusammenhang der normalen Worte verwebt ist oder als systematisches Gebilde neben dem Gefüge der normalen Sprache erscheint. Allerdings ist die Zahl der Fälle gering. Es handelt sich dabei wohl ausschliesslich um die eigenthümliche Form von Schwachsinn, die sich nach paranoïschen Processen entwickelt.

Abgesehen von der Art der Schrift sind die zeitlichen Verhältnisse der Schreibthätigkeit wichtig, die man mit der Secundenuhr meist gut verfolgen kann. Bei Hemmungszuständen kommt es vor, dass richtige Schriftzüge vorhanden sind, deren Hervorbringung jedoch ausserordentliche Zeit beansprucht.

Von grösster Wichtigkeit ist es, die einzelnen genannten Punkte nicht nur gesondert zu betrachten, sondern die in den einzelnen Richtungen erhaltenen Resultate zu vergleichen; z. B. deuten völlig ruhige und formal richtige Schriftzüge, die keine Spur maniakalischer Erregung tragen, bei grosser Verwirrtheit des Inhaltes auf abgelaufene und in Schwachsinn übergegangene Krankheitsprocesse oder bei Vorhandensein von Wahnbildung auf Paranoia. Ferner erwecken manirirte Schriftzüge mit Wiederholung bestimmter Worte oder Sätze selbst bei im übrigen normalem Inhalt Verdacht auf katatonische Zustände. Grosse, im übrigen normale Schriftzüge mit Auslassung von Worten, Mangel an grammatikalischem Zusammenhang und Mangel an Interpunction sind oft Ausdruck maniakalischer Erregung. Im Hinblick auf diese wenigen Beispiele erscheint es als eine Aufgabe der speciellen Diagnostik, aus der Zusammenfassung der in der Schrift hervortretenden Symptome Schlüsse auf die Natur des vorhandenen Krankheitszustandes zu machen, falls die anderen Untersuchungsmethoden nicht schon Klarheit in die diagnostische Sachlage gebracht haben.

Während der Praktiker sich meist mit der Betrachtung der schriftlichen Producte begnügen und oft schon aus diesen wichtige Schlüsse ableiten kann, ist es für weitergehende wissenschaftliche Untersuchungen nöthig, bestimmte Methoden zur Analyse der Schrift zu ersinnen. Diese werden zum Theil identisch sein mit den Methoden, die im allgemeinen zur Registrirung feinerer motorischer Vorgänge an den Händen dienen.

Ich erwähne hier nur die von *Kraepelin* benutzte Schriftwage* und den Apparat zur dreidimensionalen Analyse von Ausdrucksbewegungen**, mit dem es gelingt, die Bewegungen bei der Ausführung bestimmter Buchstaben derartig in Gestalt von Curven zu fixiren, dass aus der Form dieser auf den gemeinten Buchstaben geschlossen und die individuellen oder pathologischen Abweichungen desselben erschlossen werden können.

Jedenfalls ist die Analyse der schriftlichen Producte ein unentbehrliches Hilfsmittel der psychiatrischen Diagnostik.

Sinnestäuschungen und Wahnideen.

Die Untersuchung von Sinnestäuschungen und Wahnideen ist in diagnostischer Hinsicht so eng verbunden, dass diese beiden Symptome hier zusammen behandelt werden müssen. Wir schicken nur wenige psychologische Bemerkungen voraus.

Es ist auszugehen von dem Thatbestand der normalen Wahrnehmung. Aus den Reizen, welche als Wirkung der äusseren Welt in unseren Sinnesorganen zustande kommen, entstehen durch cerebrale Umwandlung Sinnesempfindungen. Diese werden von dem Subject als Eigenschaften der objectiven Gegenstände vorgestellt. Dabei sind eine Reihe von Ergänzungen ersichtlich, die wir mit dem Material der reinen Sinnesempfindungen vornehmen, um die gegenständliche Welt daraus zu construiren. Aus den Erregungen unserer Netzhaut, welchen bei psychischer Umsetzung zunächst nichts als Licht- und Farbenempfindungen entsprechen, schaffen wir uns die Wahrnehmung eines an bestimmter Stelle des Gesichtsfeldes befindlichen Gegenstandes. Hierin ist eine Anzahl von psychischen Elementen enthalten, welche in der blossen Sinnesempfindung nicht gegeben sind, nämlich die Anschauung des Raumes, ferner die Vorstellungen der Schwere und Undurchdringlichkeit, während gleichzeitig die Sinnesempfindungen für uns zu Eigenschaften des Gegenstandes werden. Das Gleiche gilt für die Wahrnehmungen in den anderen Sinnesgebieten.

Es sind schon in der einfachsten Wahrnehmung subjective Zuthaten zu dem blossen Empfindungsmaterial vorhanden. Wir pflegen jedoch, da diese im allgemeinen infolge angeborener Anlage in der gleichen Weise von allen Menschen gemacht werden, dieses subjective Moment zu ignoriren und bezeichnen die Wahrnehmungen ohne weiteres als Wirklichkeit. Das Wesentliche der pathologischen Wahrnehmung oder Sinnestäuschung besteht nun entweder darin, dass die subjectiven Zuthaten bei der Verarbeitung des Empfindungsmaterials zu Wahrnehmungen in einem Individuum sich in einer Richtung bewegen, welche von der Norm abweicht und die Beziehungen zu der umgebenden Welt verfälscht, oder darin, dass ohne veranlassende Empfindung lediglich durch innere Vorgänge in der Gehirnsubstanz Wahrnehmungen erzeugt werden.

Es ist praktisch zunächst nöthig festzustellen, ob bestimmte äussere Reize der Wahrnehmung zugrunde liegen oder, falls dies nicht der Fall ist, ob sich in den Nervenapparaten Reizvorgänge abspielen, welche die

---

* Vergl. Psychologische Arbeiten. II. Bd., 3. Heft, pag. 450. *A. Gross,* Untersuchungen über die Schrift Gesunder und Geisteskranker. Ferner III. Bd., 1. Heft. *August Diehl,* Ueber die Eigenschaften der Schrift bei Gesunden.

** *Sommer,* Untersuchungs-Methoden, pag. 97.

Wahrnehmungen ohne entsprechende objective Wirklichkeit veranlassen. Dabei ist im Auge zu behalten, dass ein sensibler Endapparat zwar in der Regel nur durch eine bestimmte Art von materieller Einwirkung, z. B. die Netzhaut durch Lichtstrahlen erregt wird, dass jedoch auch durch nicht adäquate Momente, z. B. durch Druck auf den Augapfel oder elektrische Wirkung eine specifische Empfindung erzeugt werden kann. Dieses Moment spielt bei Untersuchung des Bewusstseins in Fällen von Verwirrtheit, z. B. epileptischer und alkoholistischer Art, eine grosse Rolle. Manchmal ist hierbei eine Umdeutung von Sensationen, welche abnormer Weise im sensiblen Aufnahmeapparat ausgelöst sind, unverkennbar. Ferner kommt es oft vor, dass bei Abwesenheit äusserer Reize infolge Störung im Verlauf der sensiblen Leitungsbahnen Sensationen veranlasst werden, welche einerseits zu abnormen Empfindungen führen können (z. B. Parästhesieen bei Tabes und Neuritis, Lichterscheinungen bei Druck eines Tumors auf die optischen Nerven), andererseits bei gleichzeitiger Bewusstseinsstörung zu den sonderbaren und phantastischen Trugwahrnehmungen, wie sie in Verwirrtheitszuständen vorkommen, Veranlassung geben. Die Fälle, in denen abnorme Sensationen und Trugwahrnehmungen durch Störungen an den sensiblen Leitungsbahnen ausgelöst werden, sind nicht so selten und bilden die physiologische Brücke zwischen den früher so scharf unterschiedenen Gebieten der Illusion und Hallucination. Zugleich beweisen sie die klinische Unbrauchbarkeit dieser Unterscheidung, welche das Vorhandensein eines äusseren Objectes, beziehungsweise eines davon ausgehenden Reizes als das Wesentliche festhält. Thut man dies, so würden alle Sensationen, bei denen es sich ohne äusseres Object um einen Reizzustand der Nervensubstanz als das Veranlassende handelt, z. B. die Parästhesieen der Tabischen, als Hallucinationen zu bezeichnen sein. Man thut also vom psychophysiologischen und vom praktischen Standpunkt aus besser, zu untersuchen,

1. ob den Wahrnehmungen bestimmte Reize im sensiblen Leitungsapparat zugrunde liegen, und zwar entweder

a) äussere, d. h. durch bestimmte äussere Objecte ausgelöste oder

b) innere, wobei einerseits selbstständige Erkrankungen der Nervensubstanz, z. B. toxischer Natur, oder schädigende Einflüsse der Umgebung innerhalb des Körpers (Tumoren etc.) in Betracht kommen;

2. ob diese Reize in der bei Normalen die Regel bildenden Weise in Wahrnehmungen umgesetzt werden. Es handelt sich hier um die Erkennung der subjectiven Zuthaten, welche zu den von aussen veranlassten oder im Körper entstandenen Reizen oder vielmehr den diesen entsprechenden Sensationen gemacht werden.

Die unter 1. angestellte Betrachtung ist besonders für die Analyse von Sinnestäuschungen wichtig, welche bei Intoxicationskrankheiten auftreten, da hier toxische Reize der sensiblen Bahnen eine grosse Rolle spielen. Die meiste Aehnlichkeit mit den Trugwahrnehmungen, welche durch Reizung der sensiblen Leitungsbahnen veranlasst werden, haben diejenigen, welche durch Reizung der sensiblen Endapparate im Gehirn zu stande kommen. Diese decken sich ungefähr mit dem, was man im strengeren Sinn Hallucination genannt hat. Hierher gehören wahrscheinlich die elementaren Sinnestäuschungen der Epileptiker, z. B. Wahrnehmung von Funken, Glockenläuten etc., wobei es sich offenbar um central bedingte Sensationen ohne gedankliche oder associative Auslösung handelt. Auch die

Delirien bei manchen Intoxicationen und Infectionskrankheiten scheinen in diese Gruppe zu gehören. Sie zeigen den Typus einer bunten Reihe unzusammenhängender Wahrnehmungen elementarer Art. Es handelt sich dabei im allgemeinen um prognostisch günstige Verwirrtheitszustände.

In einem Gegensatz hierzu stehen die Sinnestäuschungen, bei denen ein gedanklicher Zusammenhang unverkennbar ist, indem sich die Trugwahrnehmung in eine Gedankenkette eingliedert. Diese Art der Sinnestäuschung, welche im übrigen mit Besonnenheit verbunden sein kann, hat eine wesentlich andere Bedeutung als die elementaren Sinnestäuschungen bei begleitender Verwirrtheit. Im Gegensatz hierzu ist jene fast immer prognostisch ungünstig und gehört klinisch in das Gebiet der paranoïschen Processe. Trugwahrnehmungen sind also im allgemeinen prognostisch um so bedenklicher, je besonnener der Kranke dabei ist. Ausgenommen hiervon sind die Fälle, in denen die Vorstellungsbildung durch einen bestimmten Affect, z. B. in melancholischer Richtung, stark beeinflusst ist.

Hier sind wir an dem Punkt, an dem sich eine Untersuchung auf Wahnvorstellungen anschliessen muss. Wir verstehen hierunter im allgemeinen Vorstellungen, denen eine objective Wirklichkeit nicht entspricht, während der Betreffende von dieser überzeugt ist. Es ist in allen Fällen zu untersuchen,

1. ob bestimmte Vorstellungen als Wahnideen aufzufassen sind,
2. welcher Art dieselben sind,
3. in welcher Weise sie sich mit anderen Symptomen verknüpft zeigen.

Der erste Punkt bietet grosse Schwierigkeiten. Praktisch kann es ausserordentlich mühsam, wenn nicht unmöglich sein, die Unrichtigkeit von bestimmten Vorstellungen zu erkennen. Z. B. kommen Fälle von Paranoia vor, bei denen im Anfang die producirten Wahnvorstellungen, z. B. über Zurücksetzung im Amt, Veranlassung zur Eifersucht, sich völlig im Rahmen des Möglichen bewegen und zunächst aus ihrer Qualität gar nicht als Wahnideen erkannt werden können. Andererseits hüte man sich, bei solchen Erzählungen, selbst wenn sie von notorisch Kranken stammen, eo ipso alles für pathologische Erfindung zu halten.

In zweiter Linie ist die Art der Vorstellungen nach ihrer Zugehörigkeit zur Politik, Religion, Familie u. s. f. zu untersuchen. Dabei ist das besondere Gebiet, in welchem sie sich bewegen, zwar zu beachten, darf jedoch diagnostisch nicht überschätzt werden. Wichtiger ist der Grundcharakter der Wahnbildung. Vor allem sind die Typen des Verfolgungs- und Grössenwahns hervorzuheben. Dabei ist zu achten, ob die gleichen Ideen stereotyp wiederkehren oder rasch wechseln, ob mehrere eine geschlossene systematisirte Gruppe bilden oder zusammenhangslos und widerspruchsvoll nebeneinander stehen. Im Hinblick auf die Möglichkeit der einzelnen Ideen ist zu beachten, ob sie an sich denkbar sind oder einen phantastischen Charakter haben.

Diagnostisch sehr wichtig ist drittens das gleichzeitige Vorhandensein anderer Symptome.

Vor allem ist zu achten, ob Sinnestäuschungen neben der Wahnbildung vorhanden sind und in welchem Verhältnis die Wahnbildung hierzu steht. Manchmal kann man deutlich wahrnehmen, dass mit Steigerung der Sinnestäuschungen die Wahnbildung sich verstärkt, in anderen Fällen

erscheint die Wahnbildung als das Wesentliche und die Sinnestäuschungen treten als Nebenerscheinungen im Ablauf von bestimmten Gedankenketten auf. Ferner können gleichzeitig Gedächtnisstörungen und Erinnerungstäuschungen vorhanden sein, welche auf die Entstehung der Wahnvorstellungen ein Licht werfen. Manchmal erweisen sich Wahnideen als Restzustände von Verwirrtheitszuständen und sind bei fortschreitender Genesung corrigirbar. Dies ist häufig im Ablauf des Delirium tremens zu beobachten.

Wichtig ist die Prüfung, ob gleichzeitig Affectmomente vorhanden sind, welche die Vorstellungsbildung einseitig beeinflussen und Wahnideen bedingen können. Dies ist sowohl bei depressiven als maniakalischen Zuständen möglich.

Bei der Untersuchung kann man entweder von den spontanen Aeusserungen der Kranken ausgehen oder mit bestimmten Reizen an sie herantreten. Diese werden in den meisten Fällen nur in einer Reihe von Fragen bestehen, deren Beantwortung das Material zur Beurtheilung bieten soll. Im Zusammenhang mit dem zur Prüfung der Orientirtheit benützten Schema habe ich eine Anzahl von einfachen Fragen angewendet, welchen die obigen Ueberlegungen über die möglicherweise mit der Wahnbildung gleichzeitigen wesentlichen Symptome zugrunde liegen. Jeder Untersuchende kann sich im Anschluss an die gegebenen Ausführungen eine Anzahl von solchen Fragen selbst zusammenstellen. In der That kann man dadurch in vielen Fällen wesentliche Resultate bekommen.

Beeinflussbarkeit.

Das Symptom der Beeinflussbarkeit spielt bei der Differentialdiagnose verschiedener Arten von Geisteskrankheit eine bedeutende Rolle. Wir verstehen darunter die Eigenschaft eines Menschen, durch psychische Momente leicht in bestimmter Weise beeinflusst zu werden. Ein gewisser Grad dieser Eigenschaft gehört zum Normalen. Das Zusammenleben der Menschen in den verschiedenen Gruppen des Staates und der Gesellschaft beruht wesentlich auf dieser psychischen Eigenschaft. Ohne Beeinflussbarkeit der einzelnen Menschen wäre eine Verständigung zu gemeinsamem Handeln in vielen Fällen unmöglich. Bei der Beeinflussbarkeit als Begriff der allgemeinen Psychopathologie handelt es sich also um Steigerung einer schon normaler Weise vorhandenen Function.

Psychophysiologisch kommen bei derselben zwei Vorgänge in Betracht:

1. Starke Hervorhebung einer bestimmten Gruppe von Empfindungen oder Vorstellungen.

2. Ausschaltung der hemmenden Empfindungen und Vorstellungen.

Die starke Hervorhebung einer Vorstellungsgruppe ist häufig von einem affectiven Moment begleitet oder bedingt. Dies spielt bei der Beeinflussbarkeit der Hysterischen eine grosse Rolle. Die Ausschaltung kann verschiedene Gebiete des geistigen Lebens betreffen, z. B. bei der Hypnose das Selbstbewusstsein, bezw. die Vorstellungen, welche dieses ausmachen.

Mit der Einschränkung auf eine bestimmte Vorstellungsgruppe unter Ausschaltung hemmender Momente ist meist eine Steigerung der motorischen Wirkung der Vorstellungen verbunden. Diese kommt einerseits in unwillkürlichen Ausdrucksbewegungen, andererseits in bewussten Handlungen, welche der speciellen Gruppe von Vorstellungen entspringen, zur Er-

scheinung. So wird klinisch die Möglichkeit gegeben, die Wirkung von Vorstellungen, welche von uns auf ein Individuum übertragen werden, zu studiren und den Grad der Beeinflussbarkeit zu bestimmen.

Dabei ist zu beachten, in welchem besonderen Gebiet des seelischen Lebens diese sich zeigt. Bei der Behandlung der Muskelzustände haben wir eine Beeinflussbarkeit im elementarsten Gebiet der psychomotorischen Vorgänge, die Suggestibilität für passive und gesehene Bewegungen kennen gelernt. Ferner machen manche sprachlichen Iterativerscheinungen, bei denen es sich um die Festhaltung eines in der Frage gegebenen Wortelementes handelt, den Eindruck einer Einschränkung auf bestimmte Innervationen im sprachlichen Gebiet nach Art der kataleptischen Haltungen im allgemeinen Muskelgebiet. Vielleicht liegt dieser Erscheinung manchmal eine abnorme Beeinflussbarkeit im Gebiet elementarer Innervationsvorgänge zugrunde.

Vollständig verschieden hiervon sind die Erscheinungen, wenn es sich bei normaler Beschaffenheit dieser Functionen um abnorme Beeinflussbarkeit in der Sphäre der Vorstellungen und Begriffe handelt. Hier wird es wesentlich darauf ankommen, ob das vorhandene Vorstellungsmaterial durch psychische Momente leicht modificirt, ausgeschaltet und durch die neu auftretenden Vorstellungen ersetzt werden kann.

Eine abnorme Steigerung in dieser Richtung ist das Charakteristische der hysterischen Beanlagung. Es kann jedoch gerade infolge dieser erhöhten Receptivität eine Vorstellungsgruppe besonders in den Vordergrund treten, so dass zunächst gerade der Eindruck einer grossen Constanz erweckt wird. Trotzdem zeigt sich bei genauerer Prüfung, dass der Charakter der Beeinflussbarkeit dabei deutlich vorhanden ist. Dieser Punkt ist differentialdiagnostisch von grosser Bedeutung. Schon im neurologischen Gebiet ist der Nachweis der starken Beeinflussbarkeit, z. B. einer Lähmung, oft das Kriterium für ein hysterisches Moment in der Krankheit. Ebenso ist es im psychiatrischen Gebiet. Diejenigen Zustände von Gemüthsdepression oder Wahnbildung, welche sich durch deutliche Beeinflussbarkeit auszeichnen, sind grösstentheils auf dem Boden der Hysterie erwachsen und haben eine andere, wesentlich günstigere Verlaufsart als die scheinbar vorhandenen Krankheitsformen der Melancholie oder Paranoia. Sie zeichnen sich durch plötzliche überraschende Wirkung von psychischen Momenten, manchmal durch rasche Heilungen aus.

Associationen.

Association bedeutet im wörtlichen Sinne Verbindung, Vereinigung. Im psychologischen Gebiet müsste dementsprechend dadurch eigentlich ganz allgemein eine Verbindung von Vorstellungen ausgedrückt sein. Der Begriff hat sich jedoch auf diejenigen Vorstellungsverbindungen eingeschränkt, welche bei dem Ablauf der Vorstellungen wirksam sind.

Es sind hierbei aus den Erscheinungen bei Normalen seit lange folgende Grundformen abgeleitet worden: Association 1. nach Aehnlichkeit, 2. nach Contrast, 3. nach räumlicher Coëxistenz, 4. nach zeitlicher Folge.

Dieses Schema, das schon zur Erklärung der Erscheinungen bei Normalen oft nicht ausreicht, hat sich für die Untersuchung der pathologischen Fälle als unbrauchbar erwiesen. Es sind daher Versuche gemacht

worden, das Schema fortschreitend unter Anpassung an die neu wahrgenommenen Erscheinungen zu erweitern. Dadurch ist allmählich eine solche Menge von Eintheilungen entstanden, dass es dem Praktiker kaum möglich sein wird, die einzelnen Fälle in dieses logische Fächerwerk einzureihen. Auch wissenschaftlich ist daraus zum Theil ein Schematismus hervorgegangen, welcher eine Rückkehr zum Boden des psychophysiologischen Experimentes dringend verlangt.

Man kann nun entweder untersuchen, welche Reihe von Vorstellungen von einem bestimmten Anfangsglied, das in einem äusseren Reiz bestehen kann, sich abwickelt, oder man prüft, wie auf eine bestimmte Reihe von Wortreizen reagirt wird und untersucht dann, in welcher Beziehung die psychischen Wirkungen zu der in dem Reizwerth gegebenen Ursache stehen.

Die erstere Methode der fortlaufenden Association bietet oft einen guten Einblick, ist jedoch in vielen pathologischen Fällen nicht anwendbar, da die Kranken zu einer solchen zusammenhängenden Art der Aeusserung nicht zu bewegen sind. Allerdings kann sie bei der Prüfung z. B. von Maniakalischen mit Vortheil angewendet werden.

Um eine klare Uebersicht über die Erscheinungen bei verschiedenen Arten von Krankheit und einen Einblick in die verschiedenen Stadien einer Krankheit zu gewinnen, ist die zweite Methode mehr geeignet, da sie bei gleichen Reizen den grossen Vortheil der leichten Vergleichbarkeit der Wirkung bietet. Dabei war es nöthig, die verschiedenen Gebiete des geistigen Lebens durch Reizworte zu berühren. Auf Grund vieler Versuche gelangte ich zu folgendem Schema von Reizworten für

Associationsversuche.

I. Reihe: Eigenschaftsworte aus den verschiedenen Sinnes- und Gefühlsgebieten.

Name:
Datum:
Tageszeit:

Nr.:

I. Licht und Farben:

1. Hell.
2. Dunkel.
3. Weiss.
4. Schwarz.
5. Roth.
6. Gelb.
7. Grün.
8. Blau.

II. Ausdehnung und Form:

1. Breit.
2. Hoch.
3. Tief.
4. Dick.
5. Dünn.
6. Rund.
7. Eckig.
8. Spitz.

III. Bewegung:

1. Ruhig.
2. Langsam.
3. Schnell.

IV. Tastsinn:

1. Rauh.
2. Glatt.
3. Fest.
4. Hart.
5. Weich.

V. Temperatur:

1. Kalt.
2. Lau.
3. Warm.
4. Heiss.

VI. Gehör:

1. Leise.
2. Laut.
3. Kreischend.
4. Gellend.

VII. Geruch:

1. Duftig.
2. Stinkend.
3. Modrig.

VIII. Geschmack.

1. Süss.
2. Sauer.
3. Bitter.
4. Salzig.

IX. Schmerz und Gemeingefühl:

1. Schmerzhaft.
2. Kitzlich.
3. Hungrig.
4. Durstig.
5. Ekelerregend.

X. Aesthetische Gefühle:

1. Schön.
2. Hässlich.

II. Reihe; Objectvorstellungen.

XI. Theile des menschlichen Körpers:

1. Kopf.
2. Hand.
3. Fuss.
4. Gehirn.
5. Lunge.
6. Magen.

XII. Gegenstände der unmittelbaren Umgebung im Zimmer:

1. Tisch.
2. Stuhl.
3. Spiegel.
4. Lampe.
5. Sopha.
6. Bett.

XIII. Gegenstände der weiteren Umgebung in Haus und Stadt:

1. Treppe.
2. Zimmer.
3. Haus.
4. Palast.
5. Stadt.
6. Strasse.

XIV. Gegenstände aus dem Gebiet von Erde und Welt:

1. Berg.
2. Fluss.
3. Thal.
4. Meer.
5. Sterne.
6. Sonne.

XV. Pflanzliche Gegenstände:

1. Wurzel.
2. Blatt.
3. Stengel.
4. Blume.
5. Knospe.
6. Blüte.

XVI. Lebendige Wesen:

1. Spinne.
2. Schmetterling.
3. Adler.
4. Schaf.
5. Löwe.
6. Mensch.

XVII. Besondere Gruppen der Classe Mensch, besonders im Hinblick auf die Familie:

1. Mann.
2. Frau.
3. Mädchen.
4. Knabe.
5. Kinder.
6. Enkel.

XVIII. Besondere Gruppen der Classe Mensch im Hinblick auf die Gesellschaftsschichten.

1. Bauer.
2. Bürger.
3. Soldat.
4. Pfarrer.
5. Arzt.
6. König.

III. Reihe, betreffend Affecte, Wille, Verstand, Bewusstseinszustände, sociales Zusammenleben.

XIX. Traurige Vorstellungen:

1. Krankheit.
2. Unglück.
3. Verbrechen.
4. Noth.
5. Verfolgung.
6. Elend.

XX. Freudige Vorstellungen:

1. Glück.
2. Belohuung.
3. Wohlthat.
4. Gesundheit.
5. Freude.
6. Gedeihen.

XXI. Gefühlsausdrücke:

1. Ach!
2. Oh!
3. Pfui!
4. Ha!
5. Halloh!
6. Au!

XXII. Stimmungen und Gemüthsausdrücke:

1. Zorn.
2. Liebe.
3. Hass.
4. Freude.
5. Furcht.
6. Schrecken.

XXIII. Begriffe aus dem Gebiet des Willens:

1. Trieb.
2. Wille.
3. Befehl.
4. Wunsch.
5. Thätigkeit.
6. Entschluss.

XXIV. Begriffe aus dem Gebiet des Verstandes:

1. Verstand.
2. Einsicht.
3. Klugheit.
4. Absicht.
5. Erkenntnis.
6. Dummheit.

XXV. Bezeichnungen für Bewusstseinszustände:

1. Bewusstsein.
2. Schlaf.
3. Traum.
4. Erinnerung.
5. Gedächtnis.
6. Denken.

XXVI. Sociale Beziehungen des Menschen:

1. Gesetz.
2. Ordnung.
3. Sitte.
4. Recht.
5. Gericht.
6. Staat.

Für die Analyse der Reactionsworte gebe ich folgende Gesichtspunkte. Vergleicht man zunächst die Reactionen auf die einzelnen Reihen von Reizen, welche sich auf die verschiedenen geistigen Gebiete beziehen, so stellt sich zunächst in manchen Fällen heraus, dass bestimmte Gruppen davon Associationen auslösen, während auf andere keine solchen erfolgen. Dies ist z. B. bei angeborenem Schwachsinn öfter der Fall, indem Reizworte aus den elementaren Sinnessphären Vorstellungen veranlassen, während abstracte Begriffe ganz ohne Reaction bleiben, oder Vorstellungen auslösen, die sich sogleich als nicht gleichwerthig erweisen.

Die Methode ist also sehr geeignet, einen Einblick in den Bestand von Vorstellungen zu bieten. Wenn es sich dabei auch nicht um ein völliges geistiges Inventar handelt, so sind doch die wesentlichen geistigen Gebiete in dem Schema berührt. Man kann diese Frage zahlenmässig behandeln, indem man unabhängig von der Art der Reizworte die Reactionsworte nach psychologischen Kriterien gruppirt.

Wir wenden uns nun zur Untersuchung der einzelnen Reactionen in ihrem Verhältnis zum Reizwort. Vor allem ist es nöthig, alle Hypothesen über die möglichen Arten von Association beiseite zu lassen und unbefangen zu untersuchen, ob die Reactionen überhaupt als Association auf den Reiz aufgefasst werden können, oder ob sich in ihnen andere geistige Vorgänge darstellen, die von der Ideenassociation verschieden sind. In der Unterstellung, als ob die zustande kommende Vorstellung unter allen Umständen eine Association sein müsste, liegt ein Denkfehler, der als Petitio principii bezeichnet werden muss.

Von den verschiedenen Formen des wirklichen associativen Zusammenhanges greife ich für klinische Zwecke folgende heraus:

1. Reiz- und Associationswort stehen zu einander im Verhältnis von Ding und Eigenschaft, oder umgekehrt. Allerdings ist ein wesentlicher physiologischer Unterschied vorhanden, ob zu einem Eigenschaftsbegriff eine entsprechende Gegenstandsvorstellung, oder ob zu letzterer ein passendes Eigenschaftswort associirt wird. Im ersten Falle wird aus einer sehr grossen Zahl von Möglichkeiten eine bestimmte gewählt, während bei der Reaction mit einem Eigenschaftswort, welches zu dem Reizwort passt, die Zahl der Möglichkeiten eine mehr beschränkte ist. Im ersteren Falle liegt die klinische Aufgabe in der Ermittlung der Ursache, welche bewirkt, dass bei der grossen Summe von Möglichkeiten gerade die eine Wirklichkeit auftritt. Die Ursache dieser Specialisirung kann dabei eine ganz äusserliche sein, indem zufällig kurze Zeit vorher ein Gegenstand, welcher die betreffende Eigenschaft hatte, dem Betreffenden zum Bewusstsein gebracht worden ist. Hierbei spielt also ein zufälliges äusseres (exogenes) Moment oft eine wesentliche Rolle. Im anderen Falle handelt es sich darum, welches Sinnesgebiet in einem Individuum von einer Gegenstandsvorstellung am meisten erregt wird. Dabei ist zu beachten, dass die Gegenstandsvorstellung in jedem Falle aus Elementen, die verschiedenen Sinnessphären angehören, zusammengesetzt ist. Die besondere Betonung einer bestimmten Eigenschaft aus dem Complex einer Gegenstandsvorstellung wird also wesentlich durch die besondere psychophysiologische Organisation, durch ein endogenes Moment des Individuums bedingt sein.

2. Reiz- und Associationswort beziehen sich auf die gleiche sinnliche Sphäre, in der sie entweder Antithesen (weiss-schwarz) oder coordinirte Qualitäten (grün-blau) darstellen. Im optischen Gebiet ist noch darauf zu achten, ob complementäre Farbenqualitäten, z. B. roth-grün, associirt werden.

Dabei kommt in Betracht, ob die Reizworte optisch oder akustisch zur Wirkung gebracht sind. Im ersten Fall wird mit den gesehenen Schriftzeichen meist durch Vermittlung eines gedachten Wortes die Empfindung in der bezeichneten Sinnesqualität associirt und von da zu der homosensoriellen Vorstellung weitergegangen. Im anderen Fall ist ein Gehörseindruck das Primäre. Dieser kann nun aber auch unabhängig von seiner Bedeutung rein als akustisches Element zur Wirksamkeit kommen und ähnliche Laut-, bezw. Klangvorstellungen wachrufen. Daraus folgt, dass homosensorielle Reactionen im strengsten Sinne nur dann vorliegen, wenn der Reiz der in der Reaction angedeuteten Sinnesqualität entspricht, d. h. z. B. ein wirklich optischer ist, während das Reactionswort eine optische Qualität bedeutet.

Das Auftreten von Klangassociationen ohne Beziehung auf die inhaltliche Bedeutung des gehörten Wortes scheint bei Ermüdungszuständen sehr häufig zu sein.*

3. Reactionswort und Reizwort hängen durch ein nicht ausgesprochenes Bindeglied zusammen. Dieses kann in vielen Fällen eine Eigenschaft sein, welche bei den Vorstellungen gemeinsam ist, z. B. Rad — [rund] — Sonne. — oder die eine Vorstellung kann Theil eines Vorstellungscomplexes sein, der zusammen von dem Betreffenden aufgenommen worden ist. Dieses Moment ist durch die Umgebung und die besonderen Lebensverhältnisse eines Menschen wesentlich bedingt. Oft handelt es sich um ganz zufällig wahrgenommene Complexe. Diese Art von Associationen ist besonders bei einzelnen Schwachsinnigen ausgeprägt, deren Associationen ganz durch die besondere enge Umgebung eingeschränkt sind. Auch kann es sich um Reihen von Vorstellungen handeln, welche nacheinander in das Bewusstsein getreten sind. Es werden bestimmte Ereignisse in ihren einzelnen Phasen reproducirt.

4. Die Reactionen enthalten, abgesehen von der unter 1. hervorgehobenen Betonung einer Eigenschaft, ein Urtheil über die Beschaffenheit der in dem Reizwort genannten Dinge. Oft zeigt sich dabei deutlich die Beziehung auf die eigene Person des Untersuchten. Diese egocentrischen Reactionen sind besonders bei epileptisch Kranken häufig.

5. Das Reactionswort bedeutet eine logische Einordnung. Z. B. Pferd — Wirbelthier. Diese logischen Associationen fehlen bei angeboren Schwachsinnigen meist.**

Neben diesen Reactionen, welche einen Zusammenhang mit dem Reizwort erkennen lassen, kommen solche vor, bei denen ein solcher nicht besteht oder nur hypothetisch construirt werden kann. Man hilft sich über diese Erscheinung leicht mit der Annahme hinweg, dass Mittelglieder zwischen Reiz- und Reactionswort ausgefallen sind und versucht damit den Begriff der Association zu retten, während das Auftauchen des Reactionswortes ganz andere Quellen hat. Ganz ungeeignet ist es, hier das Wort „Fehlreactionen" anzuwenden, als ob nur die nach dem gerade giltigen Schema erwarteten Reactionen richtig wären.

Aus dieser Gruppe von Erscheinungen hebe ich folgende Fälle hervor.

1. Das Reactionswort bildet zu einem vorher dagewesenen Reiz eine Association in einer der erwähnten Arten. Der neue Reiz bleibt also unwirksam, während ein früherer nachwirkt, z. B.

Reaction 1 a weiss — 1 b schwarz
„ 2 a grün — 2 b Warze.

Hier ist 2 b eine Klangassociation auf 1 b, während 2 a ohne associative Wirkung gewesen ist.

2. Das Reactionswort bildet die Wiederholung eines vorher schon vorhandenen Elementes. Dieses kann nun entweder in dem Reizwort be-

* Vergl. *Aschaffenburg*, Psychologische Arbeiten, I, pag. 209. Experimentelle Studien über Associationen.

** Vergl. *Ziehen*, Die Ideenassociation des Kindes. Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiete der pädagogischen Psychologie und Physiologie. I, Heft 6 u. III, Heft 4. *Wreschner*, Eine experimentelle Studie über die Association in einem Falle von Idiotie. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. LVII, pag. 241—339.

stehen, so dass eine Iterativ-Erscheinung vorliegt, oder in einem früher schon aufgetretenen Element, mag dieses nun ein Reizwort oder ein Reactionswort gewesen sein. Diese Perseveration von Wortelementen spielt in der Diagnose der Katatonie eine bedeutende Rolle.

3. Das Reactionswort steht weder mit dem Reizwort noch mit einem früheren in einem associativen Zusammenhange, sondern stellt ein im Bewusstsein des Individuums häufig anwesendes Element dar, welches sich infolge des Reizes ohne associative Beziehung auf diesen in den Vordergrund drängt. Es handelt sich um subjectiv präformirte Reactionen. Diese spielen in der Pathologie eine viel grössere Rolle als die normalen Associationen. Z. B. wird bei Depressionszuständen ohne Beziehung auf die besondere Qualität des Reizes mit Vorstellungen reagirt, welche ihre gemeinsame Wurzel in dem pathologischen Gemüthszustande haben. Das Wiederauftreten von adäquaten Reactionen auf Reizworte im Gegensatz zu den früheren, lediglich durch die depressive Stimmung bedingten Aeusserungen bedeutet manchmal den Beginn einer Besserung.

Aehnliches findet man bei hypochondrischen Zuständen, bei denen sich an Stelle der Associationen Vorstellungen aus der subjectiven Sphäre in den Vordergrund drängen. Ferner treten bei Epileptischen auf Reizworte hin plötzlich Vorstellungen in das Bewusstsein, welche mit dem gewöhnlichen Gedankenkreise der Betreffenden zusammenhängen. Besonders wichtig ist bei Epileptischen das häufige Auftreten von egocentrischen Vorstellungen im engsten Zusammenhang mit religiösen Ideen. Diese Einschränkung der Reactionen auf ein ganz bestimmtes Vorstellungsgebiet wirft ein Licht auf einige Arten von Schwachsinn. Allerdings kommt nicht nur die Thatsache der Einschränkung, sondern sehr wesentlich auch die Qualität der Vorstellungen, auf welche das Bewusstsein eingeschränkt ist, in Betracht. Zweifellos kann diese Einschränkung bei richtiger Beschaffenheit der vorhandenen Begriffe eine Quelle bedeutender geistiger Leistungen werden, weil damit die Ausschaltung aller störenden Einflüsse gegeben ist.

4. Als Reactionswort kann absichtlich ein möglichst unpassendes und fernliegendes gewählt werden. Es liegt dann im Grunde eine Art Paralogie (bewusstes Danebenreden) vor. Diese Erscheinung wird im Zusammenhang mit den oben unter 2. genannten oft bei Katatonie beobachtet.

Die Analyse von Untersuchungsbögen* würde so sehr in das Gebiet der speciellen Diagnostik führen, dass wir uns hier mit diesen allgemeinen Sätzen begnügen müssen.

Stimmungsanomalieen.

Bei der Untersuchung der Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen mussten wir mehrfach ein affectives Moment, nämlich die Gemüthsdepression als wesentlich bestimmend anerkennen. Dies führt uns weiter zu der klinischen Betrachtung der Stimmungsanomalieen.

Bleiben wir zunächst bei den Depressionszuständen. Vor allem muss hervorgehoben werden, dass nicht jede Gemüthsdepression als Melan-

* Untersuchungsmethoden, pag. 348—388.

cholie bezeichnet werden darf. Gemüthsdepression kommt bei sehr verschiedenen Krankheitsformen, nicht nur bei functionellen Geisteskrankheiten, wie Paranoia, Verwirrtheit u. a., sondern auch bei organischen Hirnkrankheiten, wie progressiver Paralyse und Tumor cerebri, als Theilerscheinung vor, und ist deshalb ein Gegenstand der allgemeinen Psychopathologie. Dagegen gehört der Begriff Melancholie in die specielle Psychopathologie und bezeichnet diejenige Krankheitsform, bei welcher die Gemüthsdepression die wesentliche und bestimmende Bedeutung hat.

Um für die Auffassung der mit Gemüthsdepression einhergehenden Krankheitsfälle, welche symptomatisch eine grosse Verschiedenheit zeigen, einen Maassstab zu gewinnen, müssen wir zunächst das Verhältnis von Gemüthsverstimmung und Wahnbildung genauer betrachten.

Schon bei den Verstimmungen, welche noch in der physiologischen Breite liegen, kann man bemerken, wie sich die Gedankengänge durch die bestehende Stimmungsanomalie beeinflusst zeigen. Es werden solche Vorstellungen gebildet oder aus den entstehenden ausgewählt, welche der vorhandenen Stimmung am meisten entsprechen, und diese wird dann nicht als Ursache, sondern als Folge der angeblich durchaus wahren (d. h. mit der Wirklichkeit übereinstimmenden) Vorstellungen aufgefasst. Ich kenne eine Reihe von geistig gesunden Menschen, bei welchen sich das primäre, von innen kommende Auftreten von Stimmungen mit entsprechender Bildung von Vorstellungen, die dann subjectiv manchmal als zureichender Grund der Gemüthsaffection aufgefasst werden, deutlich erkennen lässt. Nun zeigt sich, dass dieses Auftreten von entsprechend gefärbten Vorstellungen, von „Stimmungsdelirien“, wie man diese Art von Vorstellungsbildung nennen könnte, individuell sehr verschieden ist. Es gibt Menschen, die schon bei minimaler Intensität der Stimmung solche „Stimmungsdelirien“ zeigen, während andere ganz ausserordentliche Gemüthsbewegungen durchmachen, ohne in ihrer Vorstellungsbildung sehr davon beeinflusst zu sein. Daraus folgt, dass „Stimmungsanomalie“ und „Stimmungsdelirien“ zwar empirisch sehr häufig verbunden sind, aber durchaus kein gesetzmässiges Verhältnis zu einander zeigen, so dass das eine Phänomen das andere in sehr ungleicher Weise weit übertreffen kann. Ganz entsprechend verhält es sich mit der intercurrenten „Wahnbildung“, welche aus den „Stimmungsdelirien“ schon bei Menschen hervorgehen kann, welche noch durchaus kein Object der Psychiatrie im engeren Sinne sind. Andrerseits kann ein Gedankengang, der inhaltlich etwas Trauriges enthält, je nach der persönlichen Disposition des Einzelnen verschiedene Grade von Gemüthsdepression hervorrufen. Dieses je nach dem Individuum unproportionale Verhältnis zwischen Stimmungsanomalie und Wahnbildung ist ein wesentlicher Punkt bei Beurtheilung der als Melancholie bezeichneten Psychosen und überhaupt aller Geisteskrankheiten, bei denen Gemüthsdepression vorkommt.

Ein depressiver Zug kann manchmal als constitutionelle Anlage vorhanden sein und hat dann meist einen grossen Einfluss auf den Vorstellungsablauf der Betreffenden. Dieses Verhältnis liegt bei der als Neurasthenie und Hypochondrie bezeichneten Krankheitsgruppe oft vor.

Es ist also bei der Analyse des einzelnen Falles stets eine Abwägung der beiden Componenten: Stimmungsanomalie und Wahnbildung nothwendig. Dabei handelt es sich einerseits um eine Wahnbildung, welche aus der

Stimmungsanomalie entspringt. Anderseits tritt Gemüthsdepression oft als Folgeerscheinung von bestimmten Vorstellungen auf, z. B. bei Paranoia, welche klinisch völlig von der Melancholie zu trennen ist. Es lässt sich zeigen, dass zwar die Symptomenbilder in einzelnen Zügen übereinstimmen, dass aber die pathogenetische Verbindung der Symptome eine ganz verschiedene ist, indem bei der Paranoia die Gemüthsverstimmung häufig gerade umgekehrt durch die Wahnbildung veranlasst ist.

Aehnlich liegt es bei den hysterischen Depressionszuständen, bei denen sich der reactive Charakter der Depression in Bezug auf veranlassende Vorstellungen deutlich zeigt. Lässt sich bei einer Gemüthsverstimmung bestimmt nachweisen, dass dieselbe im Anschluss an ein bestimmtes äusseres Ereigniss eingetreten ist, so muss sorgfältig geprüft werden, ob nicht noch andere hysterische Erscheinungen vorhanden sind. Die Depressionszustände zeigen in diesem Falle meist eine Beeinflussbarkeit durch psychische Momente, welche bei der eigentlichen Melancholie nicht vorhanden sind. Es ist also stets zu untersuchen, in welcher Beziehung die Gemüthsdepression zu den anderen Symptomen steht.

Wir müssen hierbei als einen der wesentlichen Sätze der Psychopathologie folgenden aussprechen: Es kommt bei der Auffassung der Psychosen viel weniger auf den blossen Bestand von Symptomen, als auf die pathogenetische Abhängigkeit an.

Im wesentlichen das Gleiche wie für die Depressionszustände gilt für die Euphorie. Man hat dieses Wort mit Vorliebe auf das sinnlose Wohlbehagen der Paralytischen angewendet, es ist jedoch richtiger, dasselbe im allgemeinsten Sinne zu fassen. Wie der depressive Gemüthszustand, wirkt auch schon im normalpsychologischen Gebiet die Euphorie auf den Gang der Vorstellungen erheblich ein, indem diejenigen Vorstellungen ausgewählt und betont werden, welche zu der Stimmung passen. Diese kann ihrerseits ganz elementar als organischer Zustand auftreten oder durch äussere Ereignisse und Eindrücke veranlasst sein. Ebenso wie bei den depressiven Zuständen kann ein euphorisches Wesen constitutionell infolge einer angeborenen Anlage auftreten. Manchmal findet man bei einem Menschen schon physiognomisch den Gemüthscharakter der Freude und Heiterkeit deutlich ausgeprägt, ebenso wie bei anderen sich ein depressiver Zug andeutet.

Andererseits kann abnorme Steigerung der Euphorie öfter als Theilerscheinung von Krankheitszuständen auftreten. Dies ist vor allem bei der als Manie bezeichneten functionellen Geisteskrankheit der Fall, bei der sich neben einem zügellosen Ablauf von Vorstellungen und motorischer Erregung oft abnorme Euphorie findet. Jedoch kann diese nicht als das Wesen der Krankheit angesehen werden, da bei dieser Krankheit oft auch zornige oder weinerliche Erregungen ohne sonstige Aenderung der Symptome auftreten. Bei der Manie ist die Euphorie meist mit lebhaften Reden, starken Gesticulationen und Schlagfertigkeit verbunden, während zugleich lebhafte und wechselnde Grössenvorstellungen auftreten. Die Euphorie der Paralytischen zeigt mit Ausnahme von seltenen Fällen ganz andere Begleitsymptome. Abgesehen von den körperlichen Erscheinungen, welche häufig die paralytische Natur einer Geisteskrankheit wahrscheinlich machen, verräth meist der zusammenhangslose Charakter der gleichzeitigen Grössenideen, sowie die Gedächtnisschwäche die paralytische Natur der

Krankheit. Diagnostisch wichtig ist der Umstand, dass es Fälle von functioneller Geisteskrankheit mit Ausgang in Schwachsinn giebt, bei denen von vornherein ein stark euphorisches Wesen mit Grössenideen auftritt. Dieselben gehören zu der als Dementia paranoïdes bezeichneten Gruppe und können leicht mit progressiver Paralyse verwechselt werden. Sie unterscheiden sich von dieser meist durch den Mangel an Gedächtnisstörungen. In diesen Fällen ist die Euphorie offenbar ein Begleitsymptom der Wahnbildung, ähnlich wie bei dem Verfolgungswahn starke Depressionszustände als Nebenerscheinung auftreten können. Jedenfalls muss im einzelnen Fall geprüft werden, in welcher Beziehung die Stimmungsanomalie zu den gleichzeitig vorhandenen Symptomen steht.

Störungen des Willens.

Bei der klinischen Betrachtung der als Wille bezeichneten psychischen Function geht man am besten von den Betrachtungen über die Muskelzustände aus. In der einfachsten Form ist der Wille eine auf die Hervorbringung einer Muskelbewegung gerichtete Aufmerksamkeit. Der Selbstwahrnehmung der willkürlichen Innervation entspricht normaler Weise eine Erregung der cerebralen Centren, von welchen die motorischen Nerven ausgehen. Mit diesem Gefühl des Wollens sind die Spannungsempfindungen, welche infolge der Muskelcontraction zustande kommen, so eng verknüpft, dass sie sich durch Selbstbeobachtung kaum auseinanderhalten lassen. Die klinische Erfahrung zeigt jedoch, dass die Selbstwahrnehmung des Wollens auch dann ungestört vorhanden sein kann, selbst wenn wegen Unterbrechung der Leitungsbahnen ein Effect, aus welchem secundäre Empfindungen entspringen könnten, gar nicht vorhanden ist. Diese sind also eine indirecte Zuthat zu dem elementaren Zustand des Wollens.

Somit erscheint dieser als eine besondere Art des psychischen Geschehens, mit welcher eine Erregung motorischer Apparate des Gehirnes verknüpft ist. Im physiologischen Sinne ist also Wille im eigentlichen Sinne diejenige Kraft, welche die cerebralen Anfangsglieder der motorischen Nerven in Erregung versetzt.

Trotz der vielfachen Beziehungen, in welchen der Wille zu Vorstellungen und Gefühlen steht, ist derselbe vom klinischen Standpunkt als gesonderte Function zu betrachten. Hierfür sprechen eine Anzahl von Beobachtungen der Individualpsychologie. Einerseits kann bei sehr lebhaften Vorstellungen die Fähigkeit der Uebertragung auf motorische Apparate eine sehr geringe sein, andererseits gibt es Naturen, bei denen Vorstellungen sehr leicht zu willkürlichen Handlungen im Sinne derselben führen. Analog kommen im pathologischen Gebiet Zustände von Willenlosigkeit bei intacter Vorstellungsbildung vor, z. B. bei hysterischen Erkrankungen als Ausschaltungserscheinung, ferner Hemmung des Willens bei melancholischen Krankheiten infolge des depressiven Affectes. Umgekehrt giebt es auch Steigerung der Erreglichkeit in der Willenssphäre, besonders bei maniakalischen, epileptischen und alkoholistischen Zuständen.

Die Verwirrung in der psychologischen Lehre vom Willen wird wesentlich dadurch hervorgebracht, dass oft „Wille“ mit „Richtung oder Constanz des Willens“ verwechselt wird. Hierbei wird die Erreglichkeit der Willenssphäre, welche das physiologische Grundphänomen dar-

stellt, mit den verschiedenen Formen, welche dieselbe infolge Verschiedenheit der den Willen auslösenden Vorstellungen annimmt, verwechselt. Ist ein Mensch von einer bestimmten Vorstellungsgruppe eingenommen und ist zugleich eine Erreglichkeit seiner Willenssphäre vorhanden, vermöge welcher die Vorstellungen sich leicht in Handlungen umsetzen, so wird er gewöhnlich als „willensstark“ bezeichnet, während sich die Erscheinung aus zwei sehr verschiedenen psychologischen Componenten zusammensetzt. Andererseits werden Menschen, die infolge starker Beeinflussbarkeit in ihrem Bestande von wirksamen Vorstellungen stark wechseln und dabei vermöge der gleichen Erreglichkeit der Willenssphäre ihren veränderten Vorstellungsgruppen leicht Ausdruck geben, gewöhnlich als „willensschwach“ bezeichnet, während die Schwäche lediglich in der Inconstanz der Vorstellungsgruppen liegt. Dem entspricht die Thatsache, dass, wenn einmal bei solchen receptiven Naturen durch einen starken Einfluss bestimmte Vorstellungsgruppen zur völligen Herrschaft gelangen, wie es im pathologischen Gebiet der Hysterie öfter vorkommt, solche Menschen eine ausserordentliche Rührigkeit in der Durchführung dieser Ideen zeigen können.

Klinisch muss also die Beschaffenheit der Vorstellungsgruppen neben der elementaren Beschaffenheit der Willenssphäre genau in Betracht gezogen werden. Im Krankheitsbilde der Manie zeigt sich die Erreglichkeit der Willenssphäre mit rasch wechselnden Vorstellungen vereinigt, woraus die grosse Summe von lebhaften Ausdrucksbewegungen im physiognomischen und gesticulatorischen Gebiet entspringt, welche diese Krankheitsform kennzeichnet. Bei epileptischen Zuständen ist neben hochgradiger Erregung der Willenssphäre oft eine Einschränkung des Bewusstseins vorhanden, woraus die elementare sinnlose Tobsucht entspringt, welche die epileptischen Aequivalente meist charakterisirt. Bei alkoholistischen Delirien sind oft gleichzeitig mit der motorischen Erreglichkeit massenhafte Visionen vorhanden, die sich in einer Unsumme von charakteristischen Ausdrucksbewegungen, z. B. im Haschen und Greifen nach den visionären Thieren, verrathen.

Neben der Erreglichkeit der Willenssphäre kommt als wesentliches Moment die Ausdauer im Festhalten einer bestimmten Innervation in Betracht. Diese ist normaler Weise stark von den Ermüdungsgefühlen beeinflusst, welche infolge der Muskelcontraction zustande kommen und ein Ablassen von der Innervation bewirken. Fehlen dieselben, was z. B. als hysterische Ausfallserscheinung oder als Wirkung der Hypnose zustande kommen kann, so ist damit für die betreffende Innervation eine Ausdauer ermöglicht, welche das Normale weit übersteigen und erst in der wirklichen Erschöpfung ihre Grenze finden kann. Andererseits können, wie dies ebenfalls bei Hysterischen als hyperästhetisches Symptom vorkommt, die Ermüdungsgefühle so betont sein, dass sie die Leistung viel eher unterbrechen, als es dem Grade der Erschöpfung entspricht. Hieraus erklären sich manche dem Laien wunderbare Heilungen, die bei Hysterischen nach scheinbarer völliger Erschöpfung zustande kommen.

Wir müssen also den Unterschied von Ermüdungsgefühl und Erschöpfung als grundlegendes Moment für die Pathologie des Willens hervorheben. Die Voraussetzung, dass die Ermüdungsgefühle dem Grade der Erschöpfung, d. h. dem Verbrauch von Kräften im Nerven- und Muskelgebiet proportional sind, ist häufig nicht zutreffend: Die wirkliche

Leistungsfähigkeit ist oft grösser, als es nach dem raschen Auftreten von Ermüdungsgefühlen erscheint. Andererseits kommen wirkliche Erschöpfungen vor, während das Eintreten dieses Zustandes infolge von Ausschaltung der Ermüdungsgefühle nicht zum Bewusstsein kommt. Dieses Moment spielt schon im Normalpsychologischen eine Rolle. Z. B. kann man bei aufregenden Ereignissen beobachten, dass überraschende Arbeitsleistungen geschehen, bei denen die Betreffenden keine Ermüdung spüren, bis plötzlich eine Art Zusammenbruch erfolgt. Bei den katatonischen Zuständen werden sehr complicirte Haltungen oft stundenlang festgehalten, während ein Normaler durch die Ermüdungsgefühle längst gezwungen worden wäre, dieselben aufzugeben. Auch bei maniakalischen Zuständen laufen eine grosse Menge von Bewegungen ab, ohne dass Ermüdungsgefühle eintreten.

Abgesehen von den Ermüdungsgefühlen muss jedoch bei der Ausdauer einer Innervation noch ein weiteres Moment wirksam sein, welches in der Spannung der Aufmerksamkeit am klarsten hervortritt. Bei dieser spielen Innervationsempfindungen, vor allem in der Stirnmusculatur eine grosse Rolle, als deren objectives Correlat die Muskelspannungen in diesem Gebiet erscheinen. Interessant ist, dass bei den prognostisch ungünstigen Fällen von Dementia paranoïdes und Katatonie häufig ganz sonderbare Zustände der Stirnmusculatur beobachtet werden.

Das willkürliche Festhalten einer Innervation ist die einfachste Form der Ausdauer des Willens. Diese Fähigkeit ist oft bei angeboren Schwachsinnigen gestört, deren Bewegungsart dann einen völligen Mangel an Festigkeit und Haltung aufweist, während ihre Musculatur ausgezeichnet entwickelt sein kann. Andererseits kann das Festhalten von Bewegungen in pathologischem Grade gesteigert sein. Dies ist vor allem bei der als Katatonie bezeichneten Geistesstörung der Fall. Hier werden Haltungen oft auch dann im wesentlichen noch festgehalten, selbst wenn das Vorhandensein von Ermüdungsgefühlen durch das Auftreten von Zittern und leichten Lageveränderungen wahrscheinlich wird. Analoge Erscheinungen sind im sprachlichen Gebiet vorhanden, indem eine einmal geschehene Innervationsreihe constant wiederkehrt. Wir deuten hier nur kurz auf die Begriffe der Stereotypie, Perseveration und der Iterativerscheinung hin.

Praktisch wichtig sind die zwangsmässig auftretenden Antriebe zu bestimmten Handlungen. In einfachster Form sind diese als Tic convulsif in bestimmten Muskelgebieten bekannt. Dabei handelt es sich im eigentlichen Sinne stets um willkürliche Handlungen, die allmählich automatisch geworden sind. Ferner kommen Antriebe zu complicirteren Zwangshandlungen vor.

Mit diesen primären motorischen Antrieben werden oft die sogenannten Perversitäten des Trieblebens verwechselt. Hierbei kommt es jedoch vielmehr auf Fixierung bestimmter von der Norm abweichender Vorstellungsgruppen an, durch welche Antriebe, z. B. in sexueller Beziehung, ausgelöst werden. Der Trieb ist dann abhängig von dem Auftreten der Vorstellungsgruppen, während die eigentlichen Zwangstriebe ganz elementar nach Art motorischer Reizerscheinungen auftreten. Der Begriff des Zwanges ist in so verschiedener Bedeutung gebraucht worden, dass wir denselben mit besonderer Hinsicht auf die sogenannten Zwangsvorstellungen genauer behandeln müssen.

Der Begriff des Zwanges in der Psychopathologie.

Die Auffassung von psychischen Störungen als Zwang, welcher das Individuum befällt, ist uralt. Die Geisteskrankheit wird als ein dem Individuum Fremdes betrachtet, welches den Einzelnen bezwingt. In grober Form findet sich diese Auffassung unter anderem in den abergläubischen Vorstellungen von Besessenheit wieder, die abgesehen von der religiösen Färbung dieser Idee im Grunde das zwangsmässige Befallenwerden von einer Geisteskrankheit ausdrückt.

Der Begriff ist jedoch allmählich sehr eingeschränkt worden und hat in dem Ausdruck „Zwangsvorstellungen“, der eigentlich alle zwingend auftretenden Vorstellungen umfassen müsste, eine ganz bestimmte enge Bedeutung angenommen, indem darunter nur solche Vorstellungen verstanden werden, welche als Zwang zum Bewusstsein kommen. Ein begriffsgeschichtlicher Rest der früheren Vorstellungen des Zwanges liegt noch in dem französischen Ausdruck „obsession“ vor, welcher, ursprünglich Besessenheit bedeutend, nunmehr auf die Zwangsvorstellungen im engeren Sinne eingeschränkt worden ist.

Um eine zusammenhängende Uebersicht über dieses Gebiet zu geben, ist es geeignet, von dem quälenden Bewusstsein des Zwanges zunächst abzusehen und ferner den Begriff „Vorstellung“, wie in der *Leibniz'*schen Psychologie, im weitesten Sinne zu fassen, so dass alle Arten von geistigen Vorgängen, Gedanken, associative Vorstellungen, Gefühle und Antriebe darunter verstanden werden. Innerhalb der weiten Grenzen, welche dadurch gewonnen werden, kann man dann eine Specialisirung der einzelnen Gruppen vornehmen.

Wir haben also unter Zwangsvorstellungen im weiteren Sinne alle diejenigen Geisteszustände zu verstehen, in denen sich bestimmte Gedanken oder Gefühle, beziehungsweise Antriebe zu bestimmten Handlungen mit zwingender Gewalt unabhängig von Eindrücken der Aussenwelt (Milieu) immer wieder in der gleichen Weise geltend machen. Dabei ist zu betonen, dass auch in Fällen, bei denen es sich um Denkthätigkeiten handelt, ein motorisches Moment, ein krankhafter Impuls zu der Denkleistung nicht zu verkennen ist. Bei allen diesen Erscheinungen handelt es sich um zwangsmässige Antriebe, gleichgiltig in welchem besonderen geistigen Gebiete sie auftreten.

Praktisch ist dabei die Beziehung des Triebes zu der socialen Umgebung in den Vordergrund zu stellen. Wenn daraus resultirende Handlungen gegen das bestehende Gesetz sind, so imponiren sie den psychiatrisch Ungebildeten als Ausdruck einer besonderen criminellen Beanlagung. In Wirklichkeit ist jedoch kein principieller Unterschied zwischen Zwangshandlungen, die sich im Rahmen des erlaubten Subjectivismus bewegen, und solchen, welche im einzelnen Fall von psychiatrisch Ungebildeten als criminelle Acte aufgefasst werden, zu machen. Ebensowenig ist psychologisch ein principieller Unterschied zwischen Zwangsgedanken, welche subjectiv indifferent sind und solchen, welche subjectiv als quälend empfunden werden (Zwangszustände im engeren Sinne).

Für die übersichtliche Darstellung dieser Zustände ist es geeignet, das Moment des Zwingenden in den Vordergrund zu stellen und die psychologische Differenz von blossen Gedanken und Antrieben beiseite zu

lassen. Wir wollen daher im folgenden auch die stereotyp mit zwingender Gewalt auftretenden Gedanken als Ausdruck eines Triebes mit den Antrieben zu Handlungen zusammenfassen. Diese Zwangszustände, beziehungsweise -Triebe müssen nun, wie schon angedeutet, von einem doppelten Gesichtspunkt aus eingetheilt werden:

1. Nach der Reaction, welche die Gesammtpersönlichkeit der Betroffenen auf den vorhandenen Zwangstrieb zeigt:

a) in Zwangstriebe (-Gedanken, -Gefühle) verbunden mit dem störenden Bewusstsein des Krankhaften und Zwingenden;

b) in Zwangstriebe ohne Bewusstsein des Krankhaften und Zwingenden.

2. Nach dem Verhältnis der resultirenden Handlungen zur socialen Gemeinschaft:

a) in social störende,

b) in social indifferente.

Am meisten als πάθος zu betrachten sind diejenigen, welche einerseits als fremdartig und zwingend empfunden werden, andererseits zugleich social störend sind; am wenigsten πάθος zeigen diejenigen, welche ohne Bewusstsein des Krankhaften im Individuum vor sich gehen und zugleich social indifferent sind.

Aus der Combination dieser beiden Eintheilungsprincipien entstehen folgende vier Gruppen:

I. (1 *a* + 2 *a*.) Zwingende Triebe, welche als fremd und krankhaft empfunden werden und gleichzeitig social störend sind.

II. (1 *a* + 2 *b*.) Zwingende Triebe, welche als fremd und krankhaft empfunden werden und dabei social indifferent sind.

Diese beiden Gruppen decken sich in den psychischen Grundmomenten mit den „Zwangsvorstellungen“ im engeren Sinne.

III. (1 *b* + 2 *a*.) Zwingende Triebe, welche nicht als krankhaft zum Bewusstsein kommen und social störend sind.

IV. (1 *b* + 2 *b*.) Zwingende Triebe, welche nicht als krankhaft zum Bewusstsein kommen und social indifferent sind.

Zur ersten Gruppe gehört z. B. das zwangsmässige Aussprechen von bestimmten Worten, falls das zwangsmässig producirte Wort social störende Wirkungen hervorruft. Wenn z. B. jemand im Theater den Zwangstrieb bekommt, Feuer zu schreien, so können dadurch eine Reihe von schlimmen Wirkungen hervorgebracht werden. Allerdings ist naturgemäss diese Gruppe am kleinsten, weil diejenigen Menschen, welche ihren Zwangstrieb als etwas Krankhaftes empfinden, sich nicht in Situationen bringen werden, wo derselbe für sie durch seine sociale Wirkung noch verhängnissvoller werden kann.

Die zweite Gruppe ist weit verbreitet. Im einzelnen ist die Symptomatologie sehr reichhaltig, wie z. B. aus folgendem Fall ersichtlich ist.

Ein junger, wohlbegabter Student zeigt folgende Symptome: Wenn er ins Theater geht, denkt er, die Decke fällt herunter. Er setzt sich nie unter einen Kronleuchter. Er kann nicht auf die Striche des Trottoirs treten, muss jeden Stein mit einem Schritt nehmen, so dass er manchmal ganz sonderbare Sprünge macht. Wenn er in die Droschke steigt, so tritt er mit dem rechten Fuss zuerst ein etc.

Zu dieser Gruppe gehören eine Reihe von verschiedenen Zuständen, wie Grübelsucht (Folie du doute), geschlechtliche Antriebe, die als Zwang

empfunden werden, viele Fälle von Dipsomanie, Zahlenbesessenheit, Erinnerungszwang für Gesichter, Berührungsfurcht, Lachkrämpfe bei feierlichen Gelegenheiten, krankhafte Angst, dass durch das Feuer im Haus Unglück passiren könnte, Angst vor bestimmten Gegenständen, z. B. Wachsfiguren, Leichen, missgestalteten Menschen; Gewitterfurcht etc.

Bei der dritten Gruppe, nämlich bei denjenigen Zwangstrieben, welche ohne subjectiven Widerstand in der Persönlichkeit eines Menschen auftauchen und zugleich antisocial sind, befinden wir uns völlig auf dem Boden der Criminalität.

In der That giebt es eine Anzahl von Verbrechern, bei welchen dies zutrifft. Der Streit, ob hier Geistesstörung oder Verbrechen vorliegt, ist ganz überflüssig. Es handelt sich einfach um determinirt antisociale Individuen, welche dauernder Detention bedürften, wenn nicht an dem ganz unzutreffenden Begriff der Bestrafung einzelner Handlungen festgehalten würde.

Ferner gehören hierher manche Fälle von Querulantenwahn, soweit hierin nicht ein Symptom bestimmter Krankheiten, z. B. Paranoia, Schwachsinn vorliegt, sondern nur ein unüberwindlicher Antrieb zu einem andauernden Queruliren ohne genügenden Grund. Wir machen dabei keinen principiellen Unterschied zwischen zwingenden Antrieben zu bestimmten Handlungen und zwingend auftretenden Gedanken, aus denen erst secundär social störende Handlungen entspringen.

In diese Gruppe gehören ferner alle die verschiedenen Arten von perversen Sexualtrieben, soweit sie nicht durch das sociale Moment der Verführung, sondern durch angeborene zwingende Antriebe bedingt sind und in der Gesammtpersönlichkeit des Menschen keinen hemmenden Widerstand finden. Die Erscheinungsformen dieser specifischen sexuellen Hyperästhesie sind individuell so mannigfaltig, dass eine gesonderte Hervorhebung einzelner Perversitäten aus der umfangreichen Literatur hierüber lückenhaft und deshalb überflüssig erscheint.

Es stellt sich immer mehr heraus, dass mit allen Arten von Vorstellungen in einzelnen Persönlichkeiten im Gegensatz zu der Mehrzahl der anderen Menschen Wollustgefühle verknüpft sein können. Es hat keine Bedeutung, nach der zufälligen Beschaffenheit des Objectes (Pelze, Schuhe, bestimmte Körpertheile, homosexuelle Menschen, Thiere, Leichen u. s. f.) einzelne Krankheitsformen bei der sexuellen Perversität zu unterscheiden. Das Wesentliche ist stets die Stellung dieser zwingenden Neigungen im Gesammtcharakter einerseits und der mehr oder minder starke Widerspruch der resultirenden Handlungen zu dem Zustand der socialen Umgebung.

Bei der Beurtheilung kommt noch in Betracht, ob diese zwingenden Antriebe bei normalem Verstande oder bei vorhandenem Schwachsinn auftreten. Sehr häufig findet man sie auch bei Menschen, die im jugendlichen Alter eine Psychose (Manie, Melancholie) hatten und scheinbar zur Norm zurückgekehrt sind, so dass sie von ihrer Umgebung gar nicht als psychopathisch angesehen werden. Z. B. kenne ich eine Frau, die nach einem depressiven Erregungszustande ganz normal erscheint, so dass sie heiraten konnte, die jedoch eine unüberwindliche Neigung behielt, sich selbst die Haare auszuzupfen, wodurch sie sich den Kopf halb kahl gemacht hatte. Wahrscheinlich gehören solche Fälle in die Gruppe der Katatonie.

Allerdings gehört dieses Beispiel eigentlich in die letzte Gruppe, nämlich zu den Zwangstrieben, die subjectiv nicht als πάθος empfunden und social indifferent sind. Hierzu gehören ferner viele Fälle von Dipsomanie, wenn die Betreffenden sich mit ihrem krankhaften Trieb abfinden und gleichzeitig durch ihre periodische Trunksucht vermöge ihrer socialen Situation nicht stören. Allerdings kann man hierbei gerade sehen, wie sehr es bei der socialen Beurtheilung dieser Dinge auf die Umgebung ankommt. Mancher Dipsomane kommt überhaupt nur deshalb wenig zur Kenntnis seiner Mitmenschen, weil seine verständige Frau das „Laster" gut vor den Menschen zu verstecken weiss.

Hierher gehören sodann viele Fälle von perverser Sexualität. Wenn z. B. ein Mann durch den Anblick von nackten Männern wollüstig erregt wird, ohne dass er den Trieb zur Päderastie hat oder ihn nicht ausübt, wenn er zur Befriedigung dieses Gelüstes Handlungen begeht, die jedem Manne erlaubt sind, z. B. Badeanstalten besucht, so ist er in socialer Beziehung ganz indifferent, während er psychopathologisch auf gleicher Stufe mit einem sexuell Perversen steht, dessen Handlungen criminell werden.

So giebt es eine grosse Menge von Fällen, in denen indifferente Vorstellungen mit grossem Wohlgefühl betont werden, während zugleich bei der Lage der Gesetzgebung jede Criminalität fehlt.

Die oben gegebene Eintheilung bedeutet also nicht eine Eintheilung in Krankheitsformen, sondern ein Untersuchungsschema für die Beurtheilung der zwingend auftretenden Vorstellungen und Antriebe, mögen diese nun von dem Bewusstsein des Zwanges in dem betreffenden Individuum begleitet sein oder nicht.

Wir wenden uns nun zu der genaueren Betrachtung der Zwangsvorstellungen im engeren Sinne, bei denen die auftauchenden Vorstellungen als Zwang zum Bewusstsein kommen, und heben hierbei zunächst nur das für die allgemeine Diagnostik Wichtige hervor. Das psychologisch Wesentliche ist dabei die Spaltung der Persönlichkeit, indem ein in dem Individuum auftauchender Gedanke oder Antrieb als etwas Fremdes oder Zwingendes empfunden wird.

Dabei ist häufig ein affectives Moment unverkennbar. Es tauchen solche Vorstellungen zwangsmässig auf, welche im Moment der Entstehung von einem starken Affect, z. B. Schrecken, begleitet waren. Hieraus entspringen oft die Zwangszustände der Hysterischen. Dies kann jedoch nicht als allgemeines Erklärungsprincip gelten, sondern nur als eine Art der Entstehung.

Bei einer anderen Gruppe lässt sich ein solches affectives Moment nicht nachweisen. Es treten ohne bestimmte äussere Veranlassung Vorstellungsreihen oder Triebe in das Bewusstsein, die mehr oder weniger als subjectiver Zwang empfunden werden. Diese Art der Zwangstriebe, die ganz aus dem organischen Leben des Gehirns oder, wenn man sich im Sinne speculativer Psychologie ausdrücken will, aus dem Unbewussten aufzusteigen scheinen, finden sich oft bei epileptisch Beanlagten.

Sehr wichtig ist, dass die erste Gruppe von Vorgängen, bei denen das Zwangsmässige der Vorstellungen empfunden wird, in die zweite, bei der ein solches Bewusstsein von innerem Zwang nicht mehr vorhanden ist, überführen kann. Manchmal werden bestimmte Antriebe eine Zeit lang noch als etwas Fremdes und Zwingendes empfunden, während später

diese subjective Reaction fehlt und ein innerer Widerstand gegen den auftauchenden Antrieb nicht mehr geleistet wird. Dies findet z. B. bei den melancholischen Erkrankungen öfter statt, indem die melancholischen Vorstellungen zuerst noch als etwas Ungerechtfertigtes angesehen und zurückgedrängt werden, während allmählich der Widerstand bei pathologischer Steigerung des Affectes verloren geht. Ebenso ist in seltenen Fällen im ersten Beginn der Paranoia das Bewusstsein eines Denkzwanges in bestimmter Richtung vorhanden, geht jedoch allmählich unter fortschreitender Wahnbildung verloren.

Die klinische Grenze der „Zwangsvorstellungen" ist im Hinblick auf diesen Uebergang von psychischen Zuständen noch enger zu ziehen, als es schon nach der allgemein diagnostischen Einschränkung nöthig ist. Erst dann, wenn ausgeschlossen werden kann, dass die Zwangsvorstellungen Theilerscheinung oder Prodromalsymptom einer anderweitigen Krankheit (vor allem Melancholie, Paranoia oder Hysterie) sind, kann die Diagnose „Zwangsvorstellungen" im Sinne einer klinischen Krankheitsform gestellt werden.

Schluss.

Auf Grund der vorstehenden Ausführungen lässt sich ein Schema zusammenstellen, welches die wesentlichen Momente der allgemeinen Diagnostik berücksichtigt. Diese bildet gewissermaassen den Commentar des Schemas. Es ist jedoch nöthig, noch einige Worte über die Art der Anwendung desselben zu sagen.

Man könnte einwenden, dass es für den Praktiker oft schwierig ist, das Gesammtbild, welches sich ihm im einzelnen Fall bietet, in einzelne Theile aufzulösen und dabei Erscheinungen, die eng verknüpft sind, zu trennen. Mancher betrachtet jeden Fragebogen als eine Art von Zwangsjacke, durch welche die freie Darstellung gefesselt wird. Andererseits bietet der Eintrag des ersten Befundes in ein Schema, welches in derselben Weise der späteren Beobachtung in der Anstalt zugrunde gelegt werden kann, den grossen Vortheil der Vergleichbarkeit. Die Entwickelung des Zustandes springt dem nach dem gleichen Modus untersuchenden Arzt in der Anstalt viel deutlicher in das Auge, als wenn der praktische Arzt bei seiner ersten Untersuchung von ganz anderen Gesichtspunkten ausgegangen ist.

Ferner wird bei Benutzung des Schemas sofort deutlich, welche Erscheinungen überhaupt untersucht sind und welche nicht. Es gehört dies zur Realistik in der Darstellung der Untersuchungsbefunde, gegen welche in ärztlichen Zeugnissen über psychiatrische Fälle gelegentlich verstossen wird. Manchmal wird eine relativ wenig ausgedehnte Untersuchung durch eine schwungvolle Darstellung verdeckt und scheinbar vergrössert, andererseits kommen sehr sorgfältige Untersuchungen infolge Mangel an richtiger Gruppirung weniger zur Geltung, als sie es verdienen. Das Schema bietet einen gemeinsamen Maassstab für die Ausführlichkeit und Gründlichkeit einer Untersuchung.

Dadurch wird nicht etwa gefordert, dass in jedem Falle alle einzelnen Maasse bestimmt würden. Es ist naturgemäss, dass je nach der Krankheitsart auf die einzelnen Theile des Schemas mehr Gewicht gelegt werden muss. Z. B. werden die angenommenen morpho-

logischen Messungen wesentliche Bedeutung bei Untersuchung von Idiotiefällen, deren specielle Art erforscht werden soll, haben, während sie bei den meisten spät ausbrechenden Psychosen geringere Bedeutuug beanspruchen. Ferner können genauere Daten über die Reflexe wesentlich bei der Diagnose der paralytischen Krankheiten von Wichtigkeit sein. Kurz je nach der Art der Krankheit wird der oder jener Punkt des Schemas mehr betont werden müssen. In diesen Richtungen giebt die allgemeine Diagnostik die nöthigen Winke.

Jedenfalls soll das Schema, selbst wenn es dem einzelnen Beobachter unbenommen bleibt, einen Theil stärker zu betonen als den anderen, eine kurze Anleitung zu einer Gesammtuntersuchung bieten, deren Durchführung, abgesehen von der Diagnose des einzelnen Falles, eine methodische Schulung bedeutet.

Eine Beschränkuug der Freiheit der Darstellung soll durch das Schema keinesfalls erfolgen. Auch ist es dem Untersuchenden unbenommen, Erscheinungen, die in der Zusammenstellung nicht angedeutet sind, zu beschreiben.

Unter diesen Gesichtspunkten angewendet möge das folgende Schema für den praktischen Arzt und Medicinalbeamten wie für die an den Anstalten thätigen Aerzte ein diagnostisches Hilfsmittel werden.

Krankengeschichte.

Name : Geburtstag : Confession : Stand : Heimat : Unterstützungswohnsitz : Ort der Untersuchung : Tag der ersten Untersuchung : Weitere Untersuchung am :	Diagnose :

A. Körperlicher Zustand:

I. Körperbau

a) Allgemeine Charakteristik. (Zu beachten sind vor allem Körperlänge, Gewicht, ferner Entwickelungshemmungen, Asymmetrieen, Verhältnis der Extremitäten zum Rumpf.)

b) Besondere Charakteristik des Schädelbaues. (Asymmetrieen besonders an der Stirn, Zustand der Nähte, Folgen von Verletzungen.)

Im Falle genauerer Messung empfehlen sich folgende Maasse:

1. Längsdurchmesser (L. D.), gemessen in der Mitte zwischen den Arcus superciliares bis zur Protuberantia occipitalis externa.
2. Umfang (U.) in einer durch die gleichen Punkte gehenden Ebene.
3. Sagittalbogen (S. B.), gemessen von den gleichen Punkten.
4. Querdurchmesser (Q. D.), gemessen von den oberen Ansatzstellen der Ohrmuscheln, bezw. von den Schnittstellen des darüber errichteten Frontalbogens mit der Ebene des Umfanges.
5. Frontalbogen (F. B.), gemessen von den zuletzt genannten Punkten bei horizontaler Einstellung des Längsdurchmessers.

II. Hautbeschaffenheit.

Farbe, Consistenz, Ernährungszustand, Faltenbildung. Zu beachten sind besonders Oedeme, Myxödem, trophische Störungen.

III. Temperatur: Vertheilung der Wärme am Körper. Fieber.

IV. Innere Organe, besonders Verdauungssystem.

V. Besondere Untersuchung des Circulationssystems. Herz, arterielles Gefässsystem, Puls, Vertheilung und Füllung der Gefässe an der Haut, speciell im Gesicht, Blutungen, besonders Menses.

VI. Secretionserscheinungen:

Beschaffenheit des Urins, Speichelsecretion, Schweisssecretion.

VII. Muskelzustände:

Neurologisch wichtige Erscheinungen: Paresen, Spasmen, Zuckungen etc. Besonders Befund an den Kopfnerven. Psychisch bedingte Spannungszustände (vergl. Untersuchung des Willens).

VIII. Ausdrucksbewegungen besonders im physiognomischen Gebiet.

IX. Reflexe. (Möglichste Einheit des Reizes, Prüfung der mechanischen Bedingungen, scheinbares und wirkliches Fehlen, Steigerung.)

Kniephänomene, Fussklonus, Pupillen-Weite, -Differenzen, -Reaction auf Licht (gemessen mit welchem Licht?), accommodative Mitbewegung.

Andere Reflexe (Biceps-, Triceps-, Facialisreflexe, Cremasterreflexe u. s. f.).

X. Sonstige nervöse Erscheinungen, speciell auch solche subjectiver Natur. (Parästhesieen, Anästhesie u. s. f.)

B. Entwickelung der Krankheit.

Name des Referenten. (Es ist zu beachten, in welcher Beziehung Referent zu dem Kranken steht, welchen Eindruck derselbe macht, ob bestimmte Denkfehler bei ihm wiederkehren, ob seine Darstellung nach einer Richtung zugeschnitten erscheint.)

Körperliche und geistige Beschaffenheit der Eltern, Krankheiten derselben, Infectionskrankheiten, besonders Lues; Epilepsie, Stoffwechselkrankheiten. Tuberculose. Psychische Eigenthümlichkeiten derselben. Criminalität, Geisteskrankheiten, speciell Anstaltsbehandlung.

Sonstige Heredität. Gesammtzahl der Geschwister und Kinder. Störungen bei den directen Ahnen des Kranken. Störungen in den Seitenlinien der Vorfahren; Art dieser Störungen.

Zustand der Mutter bei der Gravidität. Geburtsverlauf. Besonderheiten des Kindes in den ersten Lebensjahren, Krankheiten, besonders Krämpfe in früher Jugend.

Schulbesuch, Pubertät, Berufswahl, Militärverhältnis, weitere Lebensereignisse, eheliches Leben.

Schädigungen durch Unfälle, Ueberanstrengung, schreckhafte Ereignisse, Noth. körperliche Krankheiten, besonders Infectionen und Intoxicationen, puerperale Erkrankungen. Mit Angaben über Behandlung.

Besondere psychische Eigenthümlichkeiten.

Criminalität.

Abnorme Neigungen besonders zum Alkohol.

Erste Symptome der Krankheit.

Deutlicher Ausbruch der Störung.

Art und Wirkung therapeutischer Versuche.

C. Psychischer Zustand.

I. Sprache: Nach Prüfung des motorischen Gebietes (Stottern, Stammeln. Paresen, Zuckungen, Mitbewegungen etc.), Feststellung der Erscheinungen im sensorischen Gebiet (Wortgedächtnis, Paraphasie, Iterativerscheinungen etc.).

II. Bewusstsein. Selbstbewusstsein und Orientirtheit.

Genaue Darstellung der Reactionen in sprachlicher und physiognomischer Beziehung auf folgende Fragen:

1. Wie heissen Sie?
2. Was sind Sie?
3. Wie alt sind Sie?
4. Woher sind Sie?
5. Welches Jahr haben wir jetzt?
6. Welchen Monat haben wir jetzt?
7. Der wievielte im Monate ist heute?
8. Welchen Wochentag haben wir heute?
9. Wie lange sind Sie hier?
10. In welcher Stadt sind Sie hier?
11. In was für einem Hause sind Sie hier?
12. Wer bin ich?
13. Was sind die anderen Leute hier?

III. Gedächtnis: Fähigkeit der Reproduction *a)* für längst Erlebtes, *b)* für jüngst Vergangenes; Gedächtnislücken; Fähigkeit, neue Eindrücke zu merken.

IV. Schulkenntnisse, besonders betreffend folgende Fragen:

1. Alphabet.
2. Zahlenreihe.
3. Monatsnamen.
4. Wochentage.
5. Vater unser.
6. Zehn Gebote.
7. Deutschland, Deutschland über Alles.
8. Wie heissen die grössten Flüsse in Deutschland?
9. Wie heisst die Hauptstadt von
   a) Deutschland?
   b) Preussen?
   c) Sachsen?
   d) Bayern?
   e) Württemberg?
   f) Hessen?
10. Wer führte 1870 Krieg?
11. Wer führte 1866 Krieg?
12. Wie heisst der Landesfürst?
13. Wie heisst der jetzige deutsche Kaiser?
14. Wann starb Kaiser Wilhelm I.?

V. Rechenvermögen: Genaue Darstellung der Reactionen in rechnerischer und sonstiger Beziehung auf folgende Fragen:

Aufgabe	Antwort	Zeit	Bemerkungen	Aufgabe	Antwort	Zeit	Bemerkungen
I.				III.			
1 × 3 = ?				3 — 1 = ?			
2 × 4				8 — 3			
3 × 5				13 — 5			
4 × 6				18 — 7			
5 × 7				29 — 10			
6 × 8				40 — 13			
7 × 9				51 — 16			
8 × 10				62 — 19			
9 × 11				73 — 22			
12 × 13				84 — 25			
II.				IV.			
2 + 2 = ?				2 1 = ?			
3 + 4				8 2			
4 + 6				18 : 3			
5 + 8				32 4			
8 + 14				50 5			
11 + 20				18 : 6			
14 + 26				35 : 7			
17 + 32				56 : 8			
20 + 38				81 : 9			
23 + 44				110 : 10			

(x — 3 = 14), x = ?
(x + 5 = 11), x = ?
(x × 7 = 53), x = ?
(x : 9 = 5), x = ?

VI. Untersuchung der Schrift: Schriftprobe. (Womöglich Name, Heimat, Geburtstag, Stand.) Auffallende Merkmale der Schrift, u. a. Beschaffen-

heit der einzelnen Buchstaben (z. B. Zittererscheinungen), Verbindung derselben zu Worten, z. B. Auslassungen von Buchstaben; Verbindung zu Sätzen, z. B. Fehlen des grammatikalischen Zusammenhanges, Umstellungen.

VII. Sinnestäuschungen. Verursachung durch äussere Eindrücke oder Reizzustände im Nervensystem. Bezeichnung des oder der Sinnesgebiete. Constanter oder wechselnder Charakter der Sinnestäuschungen. Beziehung zur Vorstellungsbildung. Elementare Sinnestäuschungen. Gedankenlautwerden.

VIII. Wahnideen. Vorsichtige Prüfung, ob Wahnbildung überhaupt vorliegt, besonders bei Klagen über Zurücksetzung, Eifersuchtsideen u. a.; Qualität der Wahnbildung; Verfolgungs- und Grössenwahn; constanter oder wechselnder Charakter der Wahnbildung; Art der Verknüpfung der Ideen; Beeinflussung durch Stimmungen.

IX. Beeinflussbarkeit.

Einfluss von psychischen Momenten, besonders

Beeinflussung durch Vorstellungen.

Suggestibilität im Gebiet der Muskelzustände.

X. Associationen.

Associative Verknüpfung in den spontanen Aeusserungen des Kranken.

Prüfung der Reactionen auf zugerufene Reizworte.

XI. Urtheilsvermögen.

Mangelhafte Beurtheilung der Umgebung, Mangel an Selbstkritik, Mangel an Urtheil in geschäftlichen Angelegenheiten, Zeichen von Schwachsinn.

XII. Stimmungsanomalieen.

Qualität der Stimmung. Innere oder äussere Ursachen derselben, Constanz oder Wechsel der Stimmung, physiognomischer Ausdruck der Stimmung, sonstige körperliche Begleiterscheinungen, z. B. bei Angst. Einfluss auf den Vorstellungsablauf.

XIII. Störungen des Willens.

Unterscheidung der psychomotorischen von den unwillkürlichen Muskelspannungen. Erreglichkeit der motorischen Sphäre. Ausdauer der Innervationen. Katalepsie, Negativismus, Stereotypie von Haltungen und Bewegungen. Beziehung auf bestimmte Vorstellungscomplexe. Abnorme Richtungen des Wollens: Perversitäten.

XIV. Zwangsvorstellungen.

Art der zwangsmässig auftretenden Antriebe. Einfache Antriebe bei Tic convulsif, Zwangsbewegungen, Zwangshandlungen besonders im sprachlichen Gebiet, zwangsmässig auftretende Ideen. Reaction des Bewusstseins auf die Zwangsimpulse, subjectives Gefühl des Zwanges bei „Zwangsvorstellungen" im engeren Sinne. Beziehung derselben zur socialen Umgebung.

XV. Sociales Verhalten.

Unreinlichkeit, Störung der Umgebung durch Schreien u. s. f., aggressives Verhalten, Gemeingefährlichkeit.

D. Besondere Wahrnehmungen.

E. Wesentliche Symptome
(unter Hinweis auf obigen Befund).

Diagnose mit bestimmter Aeusserung, ob Geisteskrankheit vorliegt.

F. Bisherige Behandlung.

G. Indication zur Anstaltsbehandlung.

Durch welche Momente ist die Indication zur Anstaltsbehandlung auch gegen den Willen des Kranken gegeben?

Untersuchender Arzt:

II. THEIL.

Specielle Diagnostik.

EINLEITUNG.

Die Gruppirung der Geisteskrankheiten.

Die geistigen Vorgänge im Menschen sind in einer für den menschlichen Verstand unbegreiflichen Weise an einen Theil der Nervensubstanz, nämlich die Grosshirnrinde, geknüpft. Die geistigen Vorgänge stehen jedoch auch mit denjenigen Theilen der Nervensubstanz, welche nicht direct Träger oder Bedingungen der psychischen Vorgänge sind, in so naher Beziehung, dass eine ganz von der Nervenpathologie gesonderte Behandlung der Psychiatrie sich schon theoretisch unmöglich erweist. Auch praktisch greifen nun Nervenpathologie und Psychiatrie so eng in einander, dass eine völlige Sonderung nicht durchzuführen ist.

Wenn man nach einer Gruppirung der Geisteskrankheiten sucht, so handelt es sich also im Grunde darum, diesen ihren Platz im Rahmen der Krankheiten der Nervensubstanz anzuweisen.* Letztere müssen in zwei grosse Gruppen getheilt werden:

A. Krankheiten, bei denen sich eine bestimmte materielle Veränderung der Nervensubstanz behaupten lässt.

B. Krankheiten, bei denen sich keine bestimmte materielle Veränderung der Nervensubstanz behaupten lässt.

Aufgabe der Naturwissenschaft ist es, die zweite Gruppe möglichst einzuengen und durch Erkenntnis der materiellen Veränderungen der Nervensubstanz die erste zu erweitern. Es ist die Pflicht der kritischen Forschung, die Grenzen der zweiten Gruppe nicht voreilig durch Hypothesen zu überschreiten. Man wird in der folgenden Darstellung einige Krankheiten in der zweiten Abtheilung finden, welche öfter schon als Theile des sicheren Gebietes der materiell bestimmbaren Krankheiten angesprochen werden. Ich halte es jedoch für besser, dass einige positive Resultate der Forschung für den praktischen Arzt noch als hypothetisch dargestellt, als dass unfertige Annahmen für feste Wissenschaft erklärt werden.

Innerhalb dieser beiden Gruppen muss die Eintheilung ausschliesslich von localisatorischen Gesichtspunkten im weitesten Sinne geleitet sein. In der materiellen Welt handelt es sich immer zunächst um den Ort oder den Sitz der Störung. Der Fortschritt der ganzen Medicin geht immer aus von der Zusammenfassung ähnlicher Krankheitsbilder zu Krankheitsformen,

* Wie weit ich im Folgenden von *Moebius* und *Rieger* abhängig bin, mag die Kritik entscheiden. *Sommer.*

welche symptomatische Einheiten bilden. Darauf folgt die Entdeckung der materiellen Veränderungen in bestimmten Körperorganen bei dem Bestehen dieser Symptomencomplexe und schliesslich folgt das wirklich wissenschaftliche Stadium der Einsicht in die Abhängigkeit der klinischen Symptome von der materiellen Veränderung der Substanz. Genau den gleichen Weg nimmt die psychiatrische Wissenschaft. Allerdings sind wir hier noch mit der klinischen Vorarbeit, nämlich mit der Zusammenfassung gleicher Krankheitsbilder zu symptomatischen Einheiten, beschäftigt. Trotzdem muss aber principiell der localisatorische Gesichtspunkt, die Frage, welcher Theil der Nervensubstanz und in welcher Weise derselbe bei den einzelnen Symptomencomplexen verändert ist, festgehalten werden. Eine Reihe von Uebertreibungen, welche dieses Princip bei leichtfertiger Anwendung in neuerer Zeit in manchen psychiatrischen Veröffentlichungen gefunden hat, darf uns nicht hindern, dasselbe als Endziel der naturwissenschaftlich behandelten Psychiatrie in gleicher Weise wie für die Nervenpathologie hinzustellen.

Vor allem kommen nun, wenn man den Gedanken bestimmter materieller Veränderung als Eintheilungsprincip festhält, zwei grosse Gruppen von Krankheiten in eine Reihe nebeneinander, nämlich die mit morphologisch nachweisbarer und die mit chemisch nachweisbarer Veränderung der Substanz. Morphologie im weitesten Sinne, d. h. Beobachtung der Gestalt der Theile des Körpers ist das eine grosse Mittel zur naturwissenschaftlichen Erkenntnis. Die anatomische Untersuchung des Nervensystems, welche in letzter Zeit im Vordergrund des Interesses der Psychiatrie gestanden hat, ist nur ein Theil dieser morphologischen Richtung der Wissenschaft. Die andere Hauptmethode, welche zur Zeit kaum in den Anfängen vorhanden ist, ist die chemische Untersuchung der Nervensubstanz. Obgleich in Bezug auf Untersuchungsresultate die anatomische Methode die chemische bisher bei weitem übertrifft, so muss dieselbe doch principiell als völlig gleichberechtigt neben der anatomischen aufgefasst werden.

Entsprechend muss bei einer Eintheilung der Psychosen, welche die materielle Veränderung der Substanz im Auge behält, die anatomisch nachweisbare und die chemisch nachweisbare Veränderung in eine Reihe gestellt werden.

Ich habe nun unter dieser Rubrik auch alle diejenigen Erkrankungen untergebracht, in denen sich das Vorhandensein einer chemischen Störung nur aus der Thatsache schliessen lässt, dass der betreffende Symptomencomplex nach Einverleibung eines bestimmten Giftes auftritt.

Diese nicht anatomisch nachweisbaren Erkrankungen, bei denen sich wenigstens die Beeinflussung des Nervensystems durch ein bestimmtes chemisches Agens positiv behaupten lässt, stehen, selbst wenn der die Veränderung der Substanz bedingende Stoff nicht nachgewiesen werden kann, dem naturwissenschaftlichen Verständnis, welches stets die Veränderung der materiellen Beschaffenheit des Nervensystems im Auge hat, ungleich näher als die übrigen „functionellen“ Nervenstörungen, und sie müssen als chemisch bedingte mit den anatomisch nachweisbaren Veränderungen in gleiche Linie gestellt werden. Somit erhalten wir folgende Abtheilungen:

A. Erkrankung des Nervensystems mit nachweisbarer Veränderung der Substanz.

I. Anatomisch nachweisbare.

II. chemisch bedingte.

B. Erkrankung des Nervensystems ohne nachweisbare Veränderung der Substanz.

In dieses Schema haben wir nun, da wir die Nervenkrankheiten im engeren Sinne hier bei Seite lassen, diejenigen Erkrankungen einzutragen, welche Geistesstörungen bewirken.

Es gehören zu *A* I (Veränderung der Substanz anatomisch nachweisbar): Paralysis progressiva, multiple Sklerose des Hirns, Atrophia cerebri senilis, Hydrocephalus chronicus, ferner alle cerebralen Herderkrankungen, die wir allerdings hier nur soweit berücksichtigen, als sie, abgesehen von isolirten Herdsymptomen, Geistesstörung im engeren Sinne verursachen (z. B. Tumor cerebri, Porencephalie etc.).

Als Anhang zu diesen anatomisch nachweisbaren Erkrankungen der Nervensubstanz, mit denen Geistesstörung einhergeht, müssen wir die im weiteren Sinne morphologisch charakterisirbaren Zustände betrachten, mit denen Geistesstörung oft oder immer verknüpft ist. Hierher gehören: Mikrokephalie, Cretinismus.

Zu *A* II (Veränderung der Substanz chemisch bedingt) gehört die Intoxication durch Blei, Alkohol, Morphium, ferner durch die bei Infectionskrankheiten (Typhus, Variola, Intermittens, Lyssa) gebildeten Gifte, ferner durch Nervengifte, welche vom Körper selbst gebildet werden (z. B. Geistesstörung bei Urämie, Coma diabeticum etc.).

Als Anhang sind die Fieberdelirien zu behandeln.

Die zu *B* gehörenden, nicht anatomisch oder chemisch fassbaren Geisteskrankheiten sind am besten einzutheilen, je nachdem sie mehr oder weniger einen endogenen Charakter zeigen oder nicht. Der wichtigste Gesichtspunkt bei der Beurtheilung dieser aus angeborener Anlage entsprechenden Störungen ist der prognostische. Daher unterscheiden wir:

a) die Anfälle von Geistesstörung auf endogener Basis, wobei die periodisch wiederkehrenden einer besonderen Betrachtung bedürfen;

b) die zu dauernden Schwächezuständen führenden, sogenannten degenerativen Formen der endogenen Geistesstörung.

Hierunter fassen wir folgende Formen zusammen:

1. Die angeborenen (nicht durch anatomisch nachweisbare Gehirnerkrankung bedingten und nicht morphologisch charakterisirbaren) Schwächezustände (Idiotie im engeren Sinne).
2. Der primäre Schwachsinn.
3. Die originäre Verrücktheit.
4. Die Paranoia tarda.

Es bleiben nun noch eine Reihe von Störungen, bei denen weder die endogene noch die exogene Beschaffenheit für die ganze Zahl der Fälle als allgemeine Regel aufgestellt werden kann. Immerhin lässt sich eine Art Stufenleiter bilden, die am Schluss zu denjenigen Formen von Geistesstörung führt, welche der Auffassung als endogener Zustände am fernsten stehen und zugleich wieder Berührung mit der Gruppe *A* II (materielle, chemisch bedingte Veränderung) bekommen.

Hierher gehören:

5. Die Katatonie.
6. Melancholie.
7. Manie.
8. Der hallucinatorische Wahnsinn.

9. Die hallucinatorische Verwirrtheit.
10. Die Zwangsvorstellungen.
11. Hysterie.
12. Epilepsie.

Da wir uns bei dieser Reihenfolge einem Gebiet nähern, welches in die unter *A* I und II behandelten Krankheitsgruppen zum Theil eingreift, so empfiehlt es sich für die Darstellung, die zuletzt genannten Zustände in umgekehrter Reihenfolge abzuhandeln. Diese Anordnung ist besonders deshalb geeignet, weil ein Theil der letzteren greifbare Symptome von Seiten des Nervensystems aufweist, so dass bei Abwesenheit eines anatomischen Befundes wenigstens etwas über den Zustand gewisser motorischer Centren des Nervensystems ausgesagt werden kann.

Gruppe A I.

Die progressive Paralyse.

Geschichtliches. Paralyse bedeutet Lähmung. Der Ausdruck: progressive Paralyse ist also eigentlich kein Name für eine Geistesstörung, sondern für jede allmählich fortschreitende „Lähmung“, welche sich bei einer Menge von cerebralen Erkrankungen findet, mögen sie nun mit oder ohne Geistesstörung verlaufen. Der Begriff ist nun zunächst auf diejenigen fortschreitenden Lähmungen eingeengt worden, welche mit Geistesstörung verknüpft sind. Es ist sodann die Geistesstörung in den Vordergrund gerückt worden und man hat die Paralysis als Nebenerscheinung der Geistesstörung aufgefasst. Von da an beginnt die wissenschaftliche Geschichte der Lehre von der progressiven Paralyse im psychiatrischen Sinne.

Man kann in dieser Geschichte drei Stadien deutlich unterscheiden. Das erste Stadium war wie immer das symptomatische, welches auf der Beobachtung ähnlicher Krankheitsbilder beruht. Man beobachtete, dass eine Anzahl von Geisteskrankheiten sich im Verlauf mit Zeichen körperlicher Lähmung complicirte. Diese Gruppe von Geisteskrankheiten mit allmälig eintretenden körperlichen Lähmungen wurde von den anderen uncomplicirten getrennt, wie man auch sonst in der Geschichte der Medicin durch das Aussondern kleinerer Gruppen mit einem reicheren Befund von Symptomen Krankheitseinheiten gebildet hat. Der Hauptfortschritt, der in dieser Lehre von der Complication der Geistesstörung mit der Paralyse gemacht worden ist, bestand darin, dass in einer Mehrzahl von Fällen dieser mit Paralyse complicirten Geistesstörungen bei der Section ein starker Hydrokephalus externus gefunden wurde. Damit ging die Entwickelung vom Symptomatischen ins Anatomisch-Localisatorische über. Zugleich wurden die Fälle, in denen sich diese diffuse Erkrankung der Hirnhäute fand, von den Fällen, in denen geistige Störungen und Lähmungen nach Zerstörung bestimmter Gehirnstellen bestanden, die dann ebenfalls durch die Section nachgewiesen werden konnten, abgetrennt.

Es wurde also eine besondere Gruppe von Geistesstörung mit fortschreitenden Lähmungen als Symptom einer chronischen Entzündung der Hirnhäute und der angrenzenden Rindenpartieen aufgefasst und so eine pathologisch-anatomische Einheit geschaffen.

Dieser Fortschritt tritt am besten hervor bei *Esquirol* (cfr. Uebersetzung von *Bernhard*, Berlin 1838, Voss, Bd. II, pag. 145), welcher sagt:

„Die complicirte Verwirrtheit ist unheilbar. *Hippokrates* hat die Complication des Deliriums mit jeder Art von Convulsionen für ein tödtliches Zeichen in acuten Krankheiten angesehen.

Was der Vater der Medicin von den acuten Krankheiten sagte, ist auch auf die Geisteskrankheit, besonders aber auf die Verwirrtheit, anwendbar.

Die Complication der Geisteskrankheiten mit Verletzungen der Bewegung widersteht allen Heilmitteln und hat bald einen tödtlichen Ausgang.

Die soeben erwähnten Thatsachen, sowie die, welche *Calmeil*, *Bayle*, *Guislain* u. a. angeführt haben, bestätigen diese traurige Wahrheit.

Im Jahre 1805 machte ich zuerst auf diese traurige Erscheinung aufmerksam und bestätigte die Unheilbarkeit der mit Paralysis complicirten Geisteskrankheit. Diese Paralysis ist häufig das Zeichen einer chronischen Entzündung der Gehirnhäute und darf nicht mit der Paralysis verwechselt werden, die den Gehirnhämorrhagieen, dem Krebs, den Tuberkeln, den Gehirnerweichungen folgt.

Sie bricht bald mit den ersten Symptomen des Deliriums, während der so merkwürdigen acuten Periode im Beginn fast aller Geisteskrankheiten aus, bald geht sie dem Delirium voran, bald kommt sie einigermaassen zugleich mit ihm zum Vorschein. Mag übrigens die Paralysis sich zeigen, in welchem Stadium es sei, so findet ihr Erscheinen zuweilen ohne beunruhigende Symptome statt; manchmal tritt sie nach Congestionen, hitzigen Fiebern, epileptischen Convulsionen u. s. w. auf.

Sie ist anfangs partiell, dann dehnt sie sich auf eine grössere Anzahl von Muskeln aus und wird endlich allgemein. Sie hat einen unaufhaltbaren Verlauf und greift immer mehr um sich, je schwächer die Intelligenz wird. Welches auch der Charakter des Deliriums sei, so zeigt die Paralysis einen schnellen Uebergang der Geisteskrankheit zur chronischen Verwirrtheit an. Selten leben paralytische Geisteskranke länger als 1 bis 2 Jahre und von denselben sterben die stärksten und kräftigsten am schnellsten (?). Beinahe immer werden die letzten Augenblicke dieser Kranken durch Convulsionen, Gehirncongestionen, den Brand, der sich aller Theile bemächtigt, auf welchen der bewegungslose Körper ruht, bezeichnet. Einige Thatsachen werden den Verlauf dieser traurigen Complication deutlicher machen u. s. f."

Das dritte Stadium in der Entwickelung der Lehre von der progressiven Paralyse bestand nun darin, dass ausser den Veränderungen an der Hirnrinde bei der Mehrzahl der an progressiver Paralyse Verstorbenen auch Degenerationen im Rückenmark gefunden wurden. Diese bezogen sich einerseits auf die Hinterstränge und Kleinhirnseitenstränge, also sensible Bahnen, wie bei Tabes dorsalis, andererseits auf die Pyramiden-Seitenstränge, also motorische Leitungen. In vielen Fällen zeigten sich beide Arten von Fasern bei Paralytischen degenerirt. Jedenfalls erwies sich oft das Rückenmark organisch erkrankt, selbst wenn keine ausgeprägten Symptome von Tabes dorsalis zur Beobachtung gekommen waren. Daraus folgte, dass es sich nicht im wesentlichen um eine Erkrankung der Hirnhäute oder der Hirnrinde handeln konnte, sondern um eine diffuse Erkrankung des Centralnervensystems, deren einer Theil nur die Erkrankung der Hirnrinde ist.

Für die frühzeitige **Diagnose** der progressiven Paralyse, welche uns vor allem interessirt, steht die Beziehung zu der oft gleichzeitig vorhandenen Rückenmarkskrankheit, die in manchen Fällen mit den Degenerationen bei Tabes dorsalis übereinstimmt, im Vordergrund des Interesses.

In der Lehre von der progressiven Paralyse macht sich in einer charakteristischen Weise bemerkbar, dass die Diagnostik immer mehr ausgebildet wird, während gegen die oft angegebenen therapeutischen Erfolge immer skeptischer vorgegangen wird. Das wäre nun sehr niederschlagend, wenn nicht im gewissen Sinne bei dieser Krankheit eine frühzeitige Diagnose zugleich eine Therapie in socialer Beziehung oder besser eine Prophylaxe gegen ihre oft fürchterlichen Folgen für die Angehörigen und die ganze menschliche Umgebung des Erkrankten wäre. Die progressive Paralyse ist eben eine Erkrankung, welche nur zum Theil als subjectives Leiden, als Pathos im gewöhnlichen Sinne aufzufassen ist und deren Haupteigenthümlichkeit in ihrer socialen Beziehung liegt, weil in ihrem Beginne durch die Handlungen, welche der Betroffene begeht, ganze Familien und grosse Berufskreise, in denen er vielleicht eine autoritative Stellung einnimmt, ins Unglück gestürzt werden können. Durch die Verschwendungssucht, welche häufig ein anfängliches Symptom bei dieser Krankheit ist, kann die pecuniäre Existenz einer ganzen Familie schon völlig ruinirt sein, bevor klar erkannt wird, dass es sich bei dem Manne, der jetzt, im Gegensatz zu seinen früheren Gewohnheiten, grosse Geldausgaben macht, um den Anfang einer Geisteskrankheit handelt. Durch die Schamlosigkeit, welche bei dem leisen Anfang der Krankheit die gesetztesten Männer und Frauen oft mit einer Art elementarer Gewalt erfasst, kann der gute Ruf des Hauses völlig vernichtet werden, bevor jemand eine Ahnung von der zwingenden pathologischen Ursache hat.

Durch die Gedächtnisschwäche, welche oft das erste Symptom bildet, kann von Männern in amtlichen und geschäftlichen Stellen eine Kette von unangenehmen Verwickelungen herbeigeführt werden, lange bevor der Ausbruch einer geistigen Störung festgestellt wird. Am schlimmsten können die Verhältnisse sich gestalten, wenn bei Männern, von deren wohlwollendem und vernünftigem Commando das Wohl einer Menge von Untergebenen abhängt, sich die psychische Erkrankung unbemerkt einschleicht und sie sich z. B. in pathologischem Grössenwahn zu tyrannischen und quälenden Handlungen gegen die Untergebenen hinreissen lassen.

Wer als Psychiater die Anamnesen bei seinen paralytischen Kranken von diesem Gesichtspunkt aus erhebt, wird häufig bedauern müssen, dass die Natur der Krankheit erst erkannt wurde, als für den Laienverstand die Thatsache der Geisteskrankheit deutlich vorlag, während gerade die kritische Zeit, in welcher das ärztliche Einschreiten nothwendig war, nutzlos vorübergegangen ist. Dies wird so bleiben, solange sich die genauere Kenntnis dieser social wichtigen Erkrankung auf die meist an die Anstalten gebundenen Irrenärzte und die Specialisten der benachbarten Disciplinen beschränkt und nicht zu einem festen Besitz gerade der Hausärzte geworden ist.

Es wird sich also von Seiten der Psychiatrie zunächst darum handeln, in bestimmten handlichen Sätzen die Principien zu formuliren, nach welchen eine möglichst frühzeitige Diagnose der Krankheit möglich erscheint. Wir wollen deshalb kurz diejenigen Sätze und Regeln feststellen, welche dem praktischen Arzt einen diagnostischen Anhalt zu bieten imstande sind. Wir haben es also hier zunächst nicht mit einer Schilderung des ausgebildeten Symptomencomplexes der Paralyse zu thun, sondern gerade mit denjenigen Zuständen, welche von der allgemeinen Paralyse,

d. h. von dem totalen Verfall der körperlichen und geistigen Kräfte, völlig verschieden zu sein scheinen, aber doch bei genauerem Zusehen das kommende Unheil schon voraussagen lassen.

Da muss nun zunächst im Gegensatz zu der vielfach noch verbreiteten Meinung, welche den exaltirten Grössenwahn sozusagen als das specifische Symptom des paralytischen Gehirnzustandes auffasst, hervorgehoben werden, dass bei allen Formen von psychischer Erkrankung bei Männern im mittleren Alter der Gedanke der Paralyse wenigstens ins Auge gefasst werden muss.

Bald zeigen sich zuerst hypochondrische Verstimmungen oder tiefe, melancholische Depressionen, welche bis sum Suicidium führen können — so dass am Sectionstisch die Differentialdiagnose zwischen Melancholie und progressiver Paralyse zum Austrag kommen kann —, bald zeigt sich im Anfang ein exaltirtes, ideenflüchtiges Wesen, bald beginnt die Erkrankung mit Sinnestäuschungen, welche, ganz wie bei nicht paralytischen Kranken, zu der Ausbildung von Wahnideen führen können, bei anderen wieder beginnt die Paralyse, ohne dass vorher irgend welche Störungen bemerkt wurden, mit einem Tobsuchtsanfalle, welcher einem nichtparalytischen Tobsuchtsanfall ganz ähnlich sehen kann, wieder andere zeigen einfachen Verlust der Intelligenz ohne jede stärkere Erregung. Es muss also betont werden, dass das psychologische Bild der Paralyse in ihrem Beginn geradezu proteusartig ist. Der Versuch, in den verschiedenen psychologischen Formen etwas zu finden, was sie von den scheinbar identischen, nicht paralytischen unterscheidet, wird später von mir angestellt werden. Für den Praktiker sind jedoch diese rein psychiatrischen und psychologischen Abwägungen weniger brauchbar, weil sie sich sehr schwer in bestimmte fassliche Formeln bringen lassen und wie alles Psychologische, welches uns durch die Sprache vermittelt wird, viel weniger eindeutig sind als eine bestimmte Gruppe objectiv sichtbarer Symptome. Wir wollen also diese psychologischen Betrachtungen noch zurückschieben und uns zu denjenigen objectiven Symptomen wenden, welche bei gleichzeitiger psychischer Erkrankung die Diagnose auf den Beginn einer progressiven Paralyse ermöglichen, nämlich Sehnervenatrophie, Pupillenstarre und Fehlen des Kniephänomens.

Dabei muss betont werden, dass diese Symptome durchaus nicht immer bei progressiver Paralyse vorhanden sind, sondern nur dann, wenn die den Gehirnprocess begleitende Rückenmarkskrankheit sich nach Art der Tabes dorsalis gestaltet. Jedenfalls aber haben diese klinischen Erscheinungen, wenn sie bei bestehender Geistesstörung beobachtet werden, einen grossen diagnostischen Werth, um jene schon frühzeitig als eine paralytische zu erkennen.

Selbst eins von diesen Symptomen isolirt, ja selbst wenn es nur auf einer Körperseite zutrifft, kann die Wagschale zu Gunsten der Annahme einer paralytischen Erkrankung herunterdrücken. — Von diesen drei Symptomen ist das erste, die Sehnervenatrophie, so speciell ophthalmologisch, dass ich es hier ganz übergehen kann, besonders da eine Fälschung des Befundes unter dem Einfluss der psychisch abnormen Beschaffenheit des zu Untersuchenden nicht geschehen kann. Wohl aber kann das Ergebnis einer Untersuchung auf Pupillenstarre durch das psychisch bedingte Verhalten eines Patienten sehr erheblich beeinflusst werden, so dass die

Pupillenstarre vielmehr als die Sehnervenatrophie zur speciellen Domäne der Psychiatrie gehört. Wesentlich aus diesem Grunde haben wir die Untersuchung der Pupillenverhältnisse in der allgemeinen Diagnostik* ausführlich dargestellt.

Abgesehen von dem gravirenden Symptom der reflectorischen Pupillenstarre muss man mit der Verwendung anderer Abnormitäten der Pupille für die Diagnose der progressiven Paralyse sehr vorsichtig sein. Vor allem darf nie ein zu grosses Gewicht auf einfache Differenz der Pupillen ohne gleichzeitige reflectorische Starre gelegt werden. Diese einfache Differenz findet sich ebenso wie leichte Verschiedenheit der Facialisinnervation öfter, ohne dass im Mindesten eine paralytische Erkrankung bestünde. Ich nehme dabei an, dass jede peripherische Ursache der Verschiedenheit fehlt und dass es sich um centrale angeborene Innervationsverhältnisse handelt. Entsprechend wie mit der Pupillendifferenz und der Abweichung in der Facialisinnervation verhält es sich mit leichten Differenzen der Hypoglossusinnervation. Man muss sich hüten, auf solche leichte Symptome, selbst wenn sie unter Ausschluss aller peripherischen Gründe auf centrale Zustände deuten, ein zu grosses Gewicht zu legen. Man ist leicht geneigt, den oben gegebenen diagnostischen Satz unter der Hand dahin zu erweitern, dass bei bestehender psychischer Erkrankung gleichzeitige cerebrale Innervationsstörungen irgend welcher Art die Annahme einer paralytischen Erkrankung nahelegen; man würde aber bei dieser Erweiterung in grobe diagnostische Irrthümer verfallen und z. B. viele Epileptische, welche bei bestehender psychischer Erkrankung leichte Innervationsstörungen zeigen, für paralytisch erklären müssen. Der Praktiker muss also vor der übertriebenen Schätzung solcher leichten Symptome gewarnt werden.

Fast jeder angehende psychiatrische Diagnostiker wird ein Stadium durchmachen, in welchem er gerade deshalb manchmal eine falsche Diagnose auf progressive Paralyse stellen wird, weil er diese leichteren Innervationsstörungen besser sehen gelernt hat, ohne schon die nöthige Kritik zu ihrer Werthschätzung zu besitzen. Es ist oft ebenso wichtig, durch richtige Beurtheilung etwas Wohlbemerktes zu einem Nichts zusammenschrumpfen zu lassen, wie andererseits in einer kaum merklichen Erscheinung ihre grosse Bedeutung zu erkennen. Es verhält sich mit diesen leichten Innervationsstörungen wie auf einem benachbarten Theilgebiet der Psychiatrie, nämlich wie mit den Missbildungen. Manche Psychiater sind geneigt, wenn sie an einem Menschen einen etwas façonlosen Kopf, ein Paar angewachsene Ohrläppchen oder eine aus der Medianebene tendirende Nase bemerken, gleich von „psychopathischen Minderwerthigkeiten", „erblicher Belastung" oder, wenn man ganz modern sein will, von „Décadence" zu reden. Diese Schlüsse von leichten morphologischen Abweichungen auf psychische Verhältnisse sind ebenso verkehrt, als wenn jemand alle Menschen, welche mit der einen Gesichtshälfte besser lachen können, als mit der andern, für künftige Paralytiker erklären wollte. Es muss also betont werden, dass bei bestehender psychischer Erkrankung und bei normalem Befund des Augenhintergrundes, der Pupillen und der Kniephänomene das Vorhandensein einer leichten Innervationsstörung speciell im Facialis- und Hypoglossusgebiet absolut nicht für die Annahme der paralytischen Natur der Erkrankung ins Feld geführt werden kann.

* Vergl. pag. 43—60

Von fundamentaler Bedeutung dagegen ist die Beschaffenheit, beziehungsweise das Fehlen des Kniephänomens. Allerdings wird bei einer grösseren Zahl von Paralytischen Steigerung der Kniephänomene beobachtet. Es ist jedoch ein grosser Unterschied zwischen der statistischen Häufigkeit und der diagnostischen Verwerthbarkeit dieses Symptomes. Da nämlich bei mehreren anderen Gruppen von Geistesstörung, besonders denen auf epileptischer und hysterischer Grundlage, ebenfalls häufig Steigerung der Kniephänomene vorkommt, so ist diese Erscheinung bei Coïncidenz mit Geistesstörung nicht ein unterscheidendes Merkmal für die paralytische Natur derselben, während das relativ seltenere Fehlen des Kniephänomens bei beginnender Geisteskrankheit mit wenigen Ausnahmen den Schluss auf den Ausbruch einer progressiven Paralyse ermöglicht. Nur muss man bei der Untersuchung des Kniephänomens sehr vorsichtig sein, um nicht ein scheinbares Fehlen des Kniephänomens mit wirklichen Reflexstörungen zu verwechseln. Im Hinblick auf die in der allgemeinen Diagnostik* gegebenen Ausführungen weise ich nochmals auf die Täuschungen durch psychomotorische Spannung hin, welche Fehlen des Kniephänomens vortäuschen kann. Auch bedarf das wirkliche Fehlen des Kniephänomens einer kritischen Betrachtung.

In sehr seltenen Fällen kann dasselbe fehlen, weil der Reflexbogen an irgend einer Stelle ausserhalb des Rückenmarkes, z. B. durch Tumor unterbrochen ist, oder weil der Muskel selbst erkrankt ist und deshalb den reflectorisch zugeführten Reiz nicht beantwortet. Das Fehlen des Kniephänomens ist also bei bestehender Geisteskrankheit nur dann als pathognomonisch für eine paralytische Erkrankung anzusehen, wenn nach Ausschluss aller anderen Ursachen auf einen pathologischen Zustand des Rückenmarkes geschlossen werden kann. Hierbei muss bemerkt werden, dass nicht jede Unterbrechung dieses Reflexbogens im Rückenmark an sich schon pathologisch ist, sondern dass nur, wenn die Unterbrechung eine pathologische ist, bei bestehender Geisteskrankheit auf Paralyse geschlossen werden darf. Es kommen nämlich seltene Fälle vor, wo auf Grund eines angeborenen Nervenzustandes bei einem Menschen die Patellarreflexe fehlen oder sehr schwach sind. Erkrankt ein solcher Mensch dann psychisch, so könnte unter Verwendung des Satzes, dass Geisteskrankheit plus Fehlen des Kniephänomens Paralyse bedeutet, fälschlich diese Diagnose gestellt werden. Und es ist in der That besser, unter starrer Anwendung einer Regel einmal einen diagnostischen Fehler zu machen, als sich z. B. durch ein psychologisches Bild derart beeinflussen zu lassen, dass die progressive Paralyse verkannt wird. Da also die Möglichkeit eines angeborenen Defectes des Kniephänomens manchmal vorliegt, so wird es sich in geeigneten Fällen darum handeln, zu erfahren, ob dieses Fehlen schon zu einer Zeit constatirt worden ist, als von dem Ausbruch einer Nerven- oder Geisteskrankheit noch nicht die Rede war. Wenn z. B. die 40jährige Gattin eines Arztes an einer melancholischen Verstimmung erkrankt und das Fehlen des Kniephänomens festgestellt wird, so wird die Mittheilung des betreffenden Arztes, dass dasselbe bei seiner Frau schon vor 15 Jahren festgestellt wurde, ohne dass sich Tabes anschloss, ent-

---

* Vergl. pag. 53—55.

scheidend sein, um die Diagnose der progressiven Paralyse völlig aufzugeben und vielleicht eine rasche Heilung von einer einfachen Melancholie in Aussicht zu stellen. Im allgemeinen jedoch sind diese Fälle so selten, dass man fast keinen Fehler machen wird, wenn man nach der obengenannten Regel diagnosticirt.

Im übrigen kann Fehlen der Kniephänomene bei bestehender Geistesstörung gelegentlich infolge von Intoxicationen besonders bei Urämie und Diabetes vorkommen. Jedoch wird in diesen Fällen Befund und Anamnese so viel Charakteristisches bieten, dass trotz der Aehnlichkeit der Krankheitsbilder die Fehldiagnose auf progressive Paralyse vermieden wird.

Eine Verwechslung mit organischen Krankheiten des Nervensystems, welche gleichzeitig Psychosen und Fehlen der Kniephänomene bedingen könnten, ist sehr selten. Nur muss hingewiesen werden, dass Tumoren an der Schädelbasis gelegentlich Geistesstörung meist nach Art der epileptischen Psychosen hervorrufen und gleichzeitig durch Druck auf die Hirnschenkel vorübergehendes oder länger dauerndes Fehlen der Kniephänomene bedingen können. Auch hier wird bei Beachtung der alsdann fast immer vorhandenen anderweitigen Störungen von Seiten der Hirnschenkelgegend eine Verwechslung kaum möglich sein.

Es könnte einem höchstens noch passiren, dass man einmal auf Grund der Regel eine progressive Paralyse diagnosticirt, wo die Diagnose „multiple Sklerose“ am Platze wäre, weil auch bei dieser Krankheit psychische Störungen vorkommen, und ausnahmsweise, wenn die sklerotischen Herde gerade im Lendenmark sitzen, an Stelle der Steigerung ein Fehlen des Kniephänomens zustande kommen kann. Aber in solchen Fällen wird das Vorhandensein anderer charakteristischer Störungen die Differentialdiagnose sicher ermöglichen.

Ausser Sehnervenatrophie, Pupillenstarre und Fehlen des Kniephänomens giebt es drei andere weniger eindeutige Erscheinungen, welche aber doch für eine sehr frühe Diagnose der progressiven Paralyse öfter in Frage kommen können, nämlich paralytische Anfälle, leichte Sprachstörungen und Augenmuskellähmungen. Aus der ganzen Menge der motorischen Symptome, welche das fertige Bild der progressiven Paralyse ausmachen, kann man im übrigen wohl keines namhaft machen, welches für eine möglichst zeitige Diagnose in Betracht kommen kann.

Auch das fertige Bild der sogenannten „paralytischen Sprachstörung“ fällt ganz aus dem Rahmen unserer Betrachtung, weil sie eben kein Symptom des Beginns, sondern einer vorgeschrittenen Entwickelung ist. Wir haben es hier mit den viel feineren, kaum merklichen Störungen der Sprache zu thun, welche lange, bevor eine eigentliche „paralytische Sprachstörung“ im Schulbegriff vorliegt, doch schon die paralytische Natur einer Geistesstörung andeuten können.

Ich hebe zunächst als für den Beginn der Erkrankung bedeutungsvoll die paralytischen Anfälle hervor, die in ihrer Stärke zwischen den Extremen der einfachen Ohnmacht und des schweren apoplektiformen Anfalls mit folgender Hemiplegie variiren können. Die Differentialdiagnose zwischen paralytischem und apoplektischem Anfall bei einem bisher normalen Menschen wird in allen den Fällen leicht sein, wo sich bei genauer Untersuchung ein anderes paralytisches Symptom, z. B. eine wenn auch nur vorübergehende paralytische Sprachstörung, findet. Pupillenstarre kann

zwar beim apoplektischen Anfall auch vorkommen, wird aber dann nicht dauernd anhalten. Wenn jedoch Aufhebung des Kniephänomens nach einem solchen Anfall ohne völlige geistige Normalität festgestellt wird, so wird die Voraussage auf eine kommende Paralyse mit grosser Sicherheit gestellt werden können. Diese initialen paralytischen Anfälle haben oft die Eigenthümlichkeit, dass sie sich auffallend rasch bessern, und, da sehr häufig in praxi eine antisyphilitische Behandlung eingeleitet wird, so kann der Anschein erweckt werden, als ob die Besserung oder angebliche Heilung in einer causalen Abhängigkeit von der Therapie gestanden hätte. Als Anstaltsarzt hat man jedoch häufig Gelegenheit, paralytische Anfälle zu beobachten, welche mit grosser Gewalt einsetzen und das Körpergewicht für einige Wochen stark herunterdrücken, aber doch überraschend schnell und spurlos verschwinden, ohne dass irgend ein therapeutischer Versuch gemacht worden wäre. Man kann sagen, dass, wenn ein solcher Anfall von Bewusstlosigkeit mit folgenden Lähmungen auffallend rasch verschwindet und sich bei scheinbarer geistiger Normalität doch leichte Spuren von Charakterveränderung und Gedächtnisschwäche bemerklich machen, dass alsdann der Verdacht auf eine paralytische Erkrankung gefasst werden darf, der sich dann meist durch das Auftreten eindeutiger Symptome bald bestätigt.

Diese Schlaganfälle im Beginn der progressiven Paralyse haben forensisch eine grosse Bedeutung, weil meist von den interessirten Angehörigen aus dem Ohnmachtsanfall, bei dem z. B. eine leichte Kopfverletzung zustande kam, ein Betriebsunfall gemacht wird und die folgende Geisteskrankheit als Wirkung des Unfalls aufgefasst wird. Dem gegenüber muss scharf betont werden, dass noch niemand hat sicher nachweisen können, dass eine progressive Paralyse infolge einer Kopfverletzung, höchstens dass sie in zeitlicher Succession nach einem vielleicht ganz bedeutungslosen Trauma ausgebrochen sei. Gerade die pathologisch-anatomischen Ueberlegungen in Bezug auf die so häufige Verbindung der Gehirnparalyse mit Rückenmarksdegenerationen sprechen dagegen, dass ein localisirtes Trauma eine Paralyse bewirken kann. In zweifelhaften Fällen wird man also immer im Auge behalten müssen, dass solche Ohnmachtsanfälle, welche eventuell zu einer Verletzung geführt haben, nicht Veranlassung, sondern Symptom der beginnenden Paralyse gewesen sein können.

Wir kommen nun zu der Besprechung der Sprachstörung, so weit sie für eine frühzeitige Diagnose der Paralyse in Betracht kommt. Es ist schon darauf hingewiesen worden, dass die eigentliche, schwere paralytische Sprachstörung aus dem Rahmen der gegenwärtigen Betrachtung herausfällt. Hier handelt es sich um viel feinere Störungen, um leichtes Stocken, um eine etwas verlangsamte, monotone Sprechweise, um ein leichtes Zucken der Lippen beim Sprechen, um leichte Erscheinungen, welche oft meist im Gegensatz zu der psychologischen Beschaffenheit, z. B. zu der scheinbar maniakalischen Ideenflucht, dem Menschen ein paralytisches Gepräge geben. Allerdings kann man im Hinblick auf diese Phänomene grosse diagnostische Fehler machen, weil bei Epileptischen und stark nervösen Personen ganz ähnliche Erscheinungen zu beobachten sind. Kann man aber solche anderen Gründe dieser leichten motorischen Erscheinungen ausschliessen, so können sie bei gleichzeitiger psychischer Störung doch einen Anhalt bieten.

Ebenso kritisch muss man sich in Bezug auf die Augenmuskellähmungen verhalten (z. B. die häufig vorkommende Ptosis), welche zwar häufig einer progressiven Paralyse jahrelang vorausgehen, aber doch für die Diagnose der künftigen Paralyse lange nicht den Werth besitzen, als die drei Hauptsymptome: Pupillenstarre, Sehnervenatrophie und Fehlen des Kniephänomens, wenn diese auch durchaus nicht in allen Fällen vorhanden sind.

Nach dieser kurzen Besprechung der diagnostischen Momente, welche aus dem Gebiete des objectiv Sichtbaren hergenommen sind, müssen die Hilfsmomente namhaft gemacht werden, welche in zweifelhaften Fällen mit in die Wagschale fallen können. Ich habe die Beziehung der Paralyse zur Lues bisher ganz vernachlässigt, weil letztere in diagnostischer Beziehung höchstens die Bedeutung eines unterstützenden Umstandes haben kann, den man heranzieht, wenn die objectiven eindeutigen Symptome im Stich lassen.

Wenn eine Geisteskrankheit bei einem Manne in mittleren Jahren ausbricht, bei welcher alle paralytischen Symptome fehlen, und dabei festgestellt wird, dass er eine Reihe von Jahren vorher an Lues gelitten hat, so steigt allerdings die Wahrscheinlichkeit, dass es sich trotz des Fehlens objectiver Symptome um eine paralytische Erkrankung handelt. Neben der Lues kommen andere das Nervensystem schädigende Einflüsse in Frage, z. B. Alkoholismus, übermässige geistige Anstrengung, Nachtwachen und anderes. Offenbar handelt es sich aber hierbei nicht, so zu sagen, um die toxische Einwirkung eines von diesen Dingen, sondern um eine Summation von schädlichen Reizen, welche vereinzelt das Nervensystem nicht vernichtet hätten. Die anamnestische Thatsache, dass eine solche Summation im individuellen Leben vorgelegen hat, kann nun in zweifelhaften Fällen als unterstützendes Moment zur Behauptung einer Paralyse in Betracht kommen.

Es spielen überhaupt in die Diagnose der Paralyse eine Menge von Abwägungen hinein, welche im Gegensatz zu den bisher behandelten objectiven Symptomen etwas Juristisches an sich haben, besonders betreffend Alter, Geschlecht, Gesellschaftsstufe, Heredität.

Wenn ein junges Mädchen aus stark erblich belasteter Familie, oder eine Frau im Klimakterium psychisch erkrankt, so wird von vornherein die Wahrscheinlichkeit der Paralyse sehr gering sein. Allerdings hat sich immer mehr herausgestellt, dass sich so enge Grenzen, als man dieser Krankheit in Bezug auf das Lebensalter früher gesteckt hat, nicht ziehen lassen, sondern dass sie bis ins Alter von circa 14 Jahren hinunter- und bis in sehr hohes Alter hinaufgreifen kann. Auszuschliessen ist also die Möglichkeit nie, nur ist im Auge zu behalten, dass die Wahrscheinlichkeit, vom mittleren Lebensalter an gerechnet, nach unten und oben progressiv abnimmt.

Ebenso wie auf das Lebensalter hat die Paralyse in Bezug auf die beiden Geschlechter viel weitere Grenzen, als man ihr früher gezogen hat. Die Paralyse bei Frauen ist bei weitem nicht so selten, als man früher meinte, wohl aber macht die Gesellschaftsstufe der Frauen einen beträchtlichen Unterschied. In der Geschichte der Lehre von der Paralyse existirt das Curiosum, dass der Vorstand einer Irrenanstalt das Vorkommen der weiblichen Paralyse auf Grund seiner langjährigen An-

staltserfahrung direct bestritten hat. Die Erklärung ist sehr einfach: Es handelte sich um eine Privatanstalt, in welcher nur Angehörige der besseren Stände untergebracht waren. Die Thatsache, dass eine Frau den besseren Gesellschaftskreisen angehört, ist also vermuthungsweise als Moment gegen die Annahme einer Paralyse zu verwerthen.

Ferner fällt oft in die Wagschale, ob die Person, um die es sich handelt, erblich belastet ist oder nicht. Wenn eine Geisteskrankheit bei einer hereditär belasteten Person ausbricht, so ist von vornherein die Annahme einer functionellen Geistesstörung viel wahrscheinlicher, so dass hieraus ein Argument gegen die Annahme der Paralyse gezogen werden kann. Andererseits, wenn bei einem sicher nicht erblich belasteten Manne in den mittleren Jahren eine Psychose ausbricht, so ist gerade das Fehlen der Erblichkeit dafür ins Feld zu führen, dass es sich um eine durch individuelle Schädigung bedingte paralytische Erkrankung handeln wird. Hingegen ist kein Gewicht darauf zu legen, wenn z. B. der Vater oder der Bruder schon paralytisch gewesen sind, weil die Paralyse im directen Gegensatz zu den functionellen Psychosen, bei denen Erblichkeit eine so grosse Rolle spielt, wesentlich aus Schädigungen des individuellen Lebens hervorgeht. Von einer Erblichkeit der Paralyse könnte man, abgesehen von sehr seltenen Fällen, höchstens in dem Sinne reden, dass in den verschiedenen Familienmitgliedern ein Hang zu Dingen vererbt wird, welche ihrerseits eine gleichmässige Schädigung der verschiedenen individuellen Existenzen bedingen. So kann z. B. ein Vater und seine zwei Söhne alle der Reihe nach paralytisch werden, nicht weil es eine Erblichkeit der Paralyse gäbe, sondern weil sie sich alle drei den gleichen individuellen Schädlichkeiten ausgesetzt haben. — Die Thatsache, dass der Vater paralytisch war, ist also in zweifelhaften Fällen nicht als Argument dafür zu benützen, dass eine bei einem Descendenten auftretende Psychose paralytischer Natur sein werde.

Die Abwägungen über Alter, Geschlecht, Gesellschaftsclasse, Heredität, welche dem Sinn für Objectivität manchmal etwas haltlos erscheinen, bilden oft das Wesentliche der psychiatrischen Diagnostik, welcher es an absolut eindeutigen Symptomen leider fast noch ganz mangelt. Aber diese mehr juristischen Abschätzungen können in zweifelhaften Fällen völlig den Werth von eindeutigen Symptomen erhalten, besonders wenn sich in dem psychologischen Krankheitsbild Spuren zeigen, welche nicht ganz zu der Annahme einer rein functionellen Erkrankung stimmen.

Diagnostische Sätze über progressive Paralyse.

Was den Zusammenhang mit organischer Rückenmarkskrankheit und syphilitischer Infection betrifft, so können in Bezug auf die Diagnose der progressiven Paralyse folgende Leitsätze aufgestellt werden:

1. Zeigt sich irgend eine Form von geistiger Störung mit Zeichen von Tabes dorsalis verbunden (besonders Fehlen eines oder beider Kniephänomene, reflectorische Pupillenstarre, Sehnervenatrophie, Augenmuskellähmungen), so ist mit wenigen Ausnahmen die Diagnose auf progressive Paralyse zu stellen.

2. Fehlen des Kniephänomens bei bestehender Geistesstörung ist nur dann als Zeichen für die paralytische Natur derselben zu betrachten, wenn dasselbe auf eine Erkrankung des Rücken-, respective Lendenmarkes be-

zogen werden kann. Es ist also sorgfältig auszuschliessen, dass das Fehlen durch andere Ursachen bedingt ist.

3. Die bei progressiver Paralyse öfter vorhandene Steigerung der Kniephänomene lässt sich diagnostisch wenig verwerthen, weil diese Erscheinung auch bei anderen Arten von Geistesstörung, besonders auf hysterischer und epileptischer Grundlage, häufig vorhanden ist.

4. Eine Prüfung auf reflectorische Pupillenstarre ist nur dann als einwandfrei zu betrachten, wenn die accommodative Mitbewegung der Iris ausgeschlossen ist.

5. Pupillendifferenz ohne reflectorische Starre ist bei bestehender Geistesstörung nicht beweisend für die paralytische Natur der Krankheit.

6. Leichte Verschiedenheit der Facialis- oder Hypoglossusinnervation fällt bei Abwesenheit anderer Innervationsstörungen wenig für die Diagnose der Paralysis progressiva ins Gewicht.

7. Die Abwesenheit tabischer Symptome spricht nicht mit Sicherheit gegen die Annahme der progressiven Paralyse.

8. Die Thatsache, dass Jemand syphilitisch inficirt gewesen ist, fällt, wenn bei ihm eine Geisteskrankheit ausbricht, für die Annahme der paralytischen Natur derselben in die Wagschale.

Die Diagnose der progressiven Paralyse aus dem psychologischen Befund soll vom nicht specialistisch gebildeten Praktiker erst versucht werden, wenn alle Symptome von Tabes sicher ausgeschlossen sind. Die folgenden für die Diagnose aus dem psychologischen Befund aufgestellten Regeln sollen praktisch erst zur Anwendung gebracht werden, nachdem die Untersuchung auf Symptome von Rückenmarkskrankheit sorgfältig ausgeführt ist.

I. Der Grössenwahn der progressiven Paralyse zeichnet sich wesentlich durch folgende Züge im Verhältnis zu dem Grössenwahn bei anderen Psychosen aus:

1. Die Grössenideen sind sehr mannigfaltig und wechseln sehr häufig.

2. Dabei ist eine grosse Kritiklosigkeit in Bezug auf die Möglichkeit der Grössenideen vorhanden.

3. Sehr oft zeigen sich zugleich Gedächtnisschwäche und Intelligenzdefecte.

(Durch das Kriterium Nr. 1 unterscheidet der paralytische Grössenwahn sich von dem der Paranoia. Es könnten jedoch Verwechslungen mit der exaltirten Prahlerei vorkommen, welche oft die Manie begleitet. Zur Vermeidung dieses Fehlers kommt hauptsächlich das Kriterium Nr. 3 in Betracht.)

II. Die hypochondrisch-melancholischen Zustände, die im Beginn vorkommen, sind oft mit Intelligenzdefecten verbunden, die wegen der Gemüthsverfassung, welche die Kranken vom Beantworten von Fragen abhält, oft schwer zu ermitteln sind.

III. Die Tobsucht, welche manchmal im Beginne der Paralyse vorkommt, zeichnet sich durch ihren sinnlosen, rein motorischen Charakter aus. Man kann dabei meist weder Hallucinationen, wie bei den Aufregungszuständen der hallucinatorischen Verwirrtheit, noch Ideenflucht, wie bei der Manie, nachweisen. Am leichtesten kann sie mit der Tobsucht der

schwer Betrunkenen und der Epileptischen verwechselt werden. Wenn nicht gleichzeitige Tabessymptome die paralytische Natur erkennen lassen, so wird in Bezug auf die erwähnten Fälle oft die Anamnese helfen.

IV. Allmähliche Charakterveränderung bei Menschen im mittleren Lebensalter erweckt auf progressive Paralyse Verdacht.

V. Allmählich eintretende Intelligenzdefecte (Gedächtnisschwäche, Kritiklosigkeit) im mittleren Lebensalter sind wahrscheinlich paralytischer Natur.

Was die unterstützenden Momente der Diagnose: Geschlecht, Lebensalter, Stand, betrifft, so können folgende Sätze aufgestellt werden:

1. Alter unter circa 25 und über 55 Jahren spricht im Allgemeinen gegen die paralytische Natur einer ausgebrochenen Geistesstörung.

2. Es kommen jedoch auch Paralysen im Alter unter 25 und über 55 Jahren vor, so dass die Möglichkeit immer in Betracht gezogen werden muss.

3. Ein vielen Schädigungen ausgesetzter Stand spricht ceteris paribus für Paralyse.

4. Zugehörigkeit zu den besseren Gesellschaftsclassen spricht bei Frauen im allgemeinen gegen die Annahme einer paralytischen Erkrankung.

Wir haben den Satz aufgestellt, dass in fast allen Fällen, wo sich bei bestehender Geistesstörung im mittleren Lebensalter deutliche tabische Symptome zeigen, progressive Paralyse diagnosticirt werden muss.

Die wenigen Ausnahmen von dieser diagnostischen Regel lassen sich, soweit Krankheitszustände in Betracht kommen, in drei Gruppen scheiden:

I. Es kann in enorm seltenen Fällen eine reine Coïncidenz von functioneller Geistesstörung und Tabes dorsalis vorliegen.

II. Es können ausser progressiver Paralyse in sehr seltenen Fällen andere organische Hirnkrankheiten (Tumor cerebri, multiple Sklerose) gleichzeitig Geistesstörung und Fehlen des Kniephänomens bedingen.

III. Es kann bei einigen Intoxicationen, welche Geistesstörung bewirken können, Fehlen der Kniephänomene ohne tabischen Process im Rückenmark zustande kommen.

Diese Intoxicationen kommen entweder von aussen (Blei, Alkohol) in seltenen Fällen, oder aus dem menschlichen Körper selbst (Urämie, Diabetes). Ferner gehören hierher die Fälle von polyneuritischer Psychose, bei denen gelegentlich das Kniephänomen fehlen kann. Wenn man aber alle derartigen Intoxicationen, welche das Bild der Tabes vortäuschen können, ausgeschlossen hat, so kann man den obigen Satz mit grosser diagnostischer Sicherheit anwenden.

In Bezug auf die erste Möglichkeit zufälliger Coïncidenz führe ich folgenden Fall an:

Th. V., 40 Jahre alt, früher Amtsrichter. Es lassen sich bei ihm bis in das circa 24. Jahr zurück Spuren von Paranoia nachweisen.

Er machte sich überall durch Unverträglichkeit, Anfeindungen u. s. f. unmöglich, zeigte dann deutliche Verfolgungsideen, war mehrfach in Anstalten. Circa im 26. Jahre syphilitische Infection. Zur Zeit neben der Paranoia tabische Symptome: Reflectorische Pupillenstarre, Fehlen eines Kniephänomens.

Ich hatte zuerst auf Grund unseres diagnostischen Satzes die Diagnose auf progressive Paralyse gestellt, bin nun aber in der That überzeugt,

dass es sich um einen der enorm seltenen Fälle von reiner Coïncidenz von functioneller Geistesstörung mit Tabes handelt. Für den praktischen Arzt kommen diese Fälle kaum in Betracht.

Am wichtigsten ist die Prüfung der Frage, ob ein tabischer Symptomencomplex durch eine Intoxication vorgetäuscht wird:

Hieher gehört folgende Beobachtung:

H. Z., Kaufmann, aufgenommen am 23. April 1893, im Alter von 56 Jahren. Bei der Aufnahme in einem manieähnlichen Zustand. Erzählt fortwährend in pathetischer Weise mit lebhafter Gesticulation, renommirt sehr stark. Pupillen sehr weit, sind gleich, reagiren gut.

Die Patellarreflexe sind bei vielfachen Versuchen beiderseits fast aufgehoben. Starke Albuminurie.

Bei diesem Befund lag nach unserer diagnostischen Regel die Annahme einer progressiven Paralyse sehr nahe. Dazu stimmte jedoch die Anamnese nicht ganz.

Patient ist von Seiten der Mutter stark erblich belastet: Mutter war früher melancholisch, im späteren Alter dauernd geisteskrank, Schwester und Vater der Mutter geisteskrank gestorben, ein Bruder des Patienten ist epileptisch. Er war bis circa zum 40. Jahr ganz normal. Vor 15 Jahren bei Gelegenheit einer Mittelohrentzündung viel Morphium genommen. Von da an öfter stärkere psychische Erregungen. Seit circa 4 Jahren periodische Zustände, in welchen Gier nach Spirituosen im Vordergrunde steht. Seit einigen Wochen vor der Aufnahme wieder ein dipsomanischer Anfall, in welchem er den ganzen Tag Weisswein getrunken hat.

Im Hinblick auf diese Anamnese, in welcher die starke erbliche Belastung, ferner der lange Zeitraum von circa 15 Jahren, in welchem schon psychopathische Zustände aufgetreten sind, schliesslich die starke Alkoholvergiftung der letzten Wochen von Belang ist, wurde die Möglichkeit der alkoholistischen Natur der Störung offen gelassen. Hierfür kam besonders noch die gleichzeitige Albuminurie in Betracht. Der Verlauf bestätigte die Annahme des blossen Alkoholismus. Nach 5 Tagen war die Albuminurie völlig verschwunden und die Kniephänomene waren wieder hervorzurufen. Nach Abblassen der manieähnlichen Erregung zeigte sich bei dem Patienten dauernd ein mässiger Grad von Demenz. Hier ist in der That durch Alkoholismus ein Bild vorgetäuscht worden, welches nach unserer Regel hätte als progressive Paralyse diagnosticirt werden müssen. Diese Fälle sind jedoch sehr selten und werden sich dann durch die Anamnese meist leicht von der Entwicklung einer paralytischen Erkrankung unterscheiden lassen.

Ebenso ist es mit den anderen Intoxicationen. Als Beispiel gebe ich noch einen Fall, in welchem Diabetes bei schematischer Anwendung obiger Regel hätte verkannt werden können.

J. S., Privatier, 52 Jahre alt, zeigt öfter starke psychische Erregungen, läuft dann aus dem Hause, versteckt sich. Ist hinterher scheinbar wieder ganz normal. Es zeigt sich Fehlen beider Patellarreflexe, starker Zuckergehalt des Urins. Der Kranke hat nachweislich seit circa 12 Jahren Diabetes.

Im Hinblick auf diese Thatsache wird die obige diagnostische Regel diesmal nicht angewendet, sondern die vorübergehenden Geistesstörungen werden als Folge der diabetischen Autoïntoxication nach Analogie des Coma diabeticum erklärt. S. hat bisher 2 Jahre nach der ersten Untersuchung keine Progression seiner Geistesstörungen und keine beginnende „Paralyse“ gezeigt, hat immer noch viel Zucker im Harn und Fehlen der Patellarreflexe.

Trotz dieser Fälle von scheinbarer Tabes mit Geistesstörung, welche man in der Praxis immer in Betracht ziehen muss, wird der praktische Arzt nur selten Fehler machen, wenn er nach obiger Regel diagnosticirt.

Wir wollen nun die aufgestellten Sätze an einer Reihe von einzelnen Fällen prüfen.

I. Fall. F. P. aus Z., aufgenommen 25. März 1890. alt 32 Jahre. Drahtflechter.

Erblich belastet. Eine Schwester war vor drei Jahren geisteskrank im Spital zu W. Die Diagnose daselbst lautete ausweislich der Krankengeschichte Melancholie. Sie wurde nach 7 Monaten geheilt entlassen. Ist nach circa einem Jahr wieder in eine Irrenanstalt gekommen, wo sie noch ist. Der Berichterstatter, Stiefbruder des Patienten von Vaters Seite, macht einen sehr blöden Eindruck, hat leichte Articulationsstörung, weiss fast gar nichts über den Kranken anzugeben. P. ging circa im 16. Jahre in die Fremde, war in Köln, Hannover, Hamburg, zuletzt als Fabrikarbeiter in Bielefeld. Hat wahrscheinlich früher sehr viel getrunken. Von Syphilis anamnestisch nichts zu ermitteln. Als Fabrikarbeiter ist er vor einem halben Jahre plötzlich fortgelaufen. Wurde circa 14 Tage vor seiner Aufnahme in die Anstalt zu M. an einem Orte am Rheine aufgegriffen, erwies sich als geisteskrank. Hatte Grössenwahn, besass 1000 und 1000 Millionen, hatte viele Maschinen erfunden. Bei der Aufnahme in die Anstalt zu M. am 3. December 1889 starker Grössenwahn. Hat Fabriken in Westfalen und in Berlin, in denen Velocipede und Bahnräder gebaut werden. Der Kaiser ist sein Compagnon. Er gab an, das Perpetuum mobile erfunden zu haben, welches Tag und Nacht aus eigener Kraft gleichmässig gehe. Ebenso hat er eine Locomotive erfunden, die ohne Kohlenverbrauch von selber arbeite. Ferner hat er eine Flugmaschine construirt. Wiederholt oft dieselben Sachen. Er beklagt sich, durch das Zurückhalten in der Anstalt grosse Geschäftsverluste zu erleiden. Bei der Aufnahme zeigen sich Pupillen- und Patellarsehnenreflexe von normaler Stärke. Die Zunge ist leicht anstossend, zitternd, der Gang etwas stolpernd.

Bis dahin lag also die diagnostische Frage folgendermaassen: Der Kranke hat seit mindestens einem halben Jahre eine Menge Grössenwahnideen ohne eine stärkere maniakalische Erregung, in der erfahrungsgemäss manchmal exaltirte Grössenideen geäussert werden. Inhaltlich zeichnen sich diese Grössenideen durch ihre völlige Sinnlosigkeit aus, sie enthalten Unmögliches in sinnloser Zusammenordnung. Selbst also wenn alle anderen Symptome fehlten und auch keine Anamnese vorhanden wäre, könnte man aus dieser Beschaffenheit schliessen, dass diese Grössenideen mit intellectueller Schwäche gepaart sind. Dies stimmt durchaus nicht zu der Art, wie Maniakalische solche Ideen äussern. Diese werden schlagfertig vorgebracht, zeugen oft von grosser Combinationskraft und sind, wenn sie technische Dinge betreffen, inhaltlich öfter wohl ausführbar.

Den Eindruck der psychischen Schwäche macht besonders auch die häufige Wiederholung derselben Worte. Selbst rein symptomatisch hätte diese Form von Grössenideen nicht mit Manie in Verbindung gebracht, sondern als Symptom einer anderen, den Intellect schwer schädigenden Erkrankung aufgefasst werden müssen. Nun bringt erfahrungsgemäss gerade die diffuse Atrophie der Hirnrinde, wie sie sich bei progressiver Paralyse findet, diese Combination von Schwachsinn und Grössenwahn zustande.

Diese Ueberlegung ist praktisch wichtig, weil Fälle vorkommen, in denen dieser Grössenwahn das einzige Symptom der beginnenden Paralyse ist, ohne dass Symptome einer begleitenden Tabes die Diagnose erleichtern. In der That waren damals keine groben Symptome von Tabes bei P. vorhanden. Wohl waren noch einige andere Symptome da, die auf eine organische

Störung des Nervensystems hindeuten konnten, nämlich das leichte Anstossen beim Sprechen, das Zittern der Zunge, und der etwas ungeschickte stolpernde Gang, der selbst bei anscheinend normalem Rückenmarkszustand oft im Beginn der Paralyse gefunden wird. Der Fall lag also so, dass schon damals die Diagnose auf Paralysis progressiva mit völliger Sicherheit gestellt werden musste. Ich gebe nun einen kurzen Auszug der weiteren Krankengeschichte.

10. Januar 1889. Patient, der früher viel und mit grosser Vorliebe von seinen grossartigen Erfindungen sprach, ist allmählich stiller und einsilbiger geworden. Er äussert auf Befragen dieselben Grössenideen, lebt sonst ganz apathisch vor sich hin.

Das Moment des ruhigen Schwachsinns ist also jetzt trotz Festhaltens der Grössenideen noch mehr in den Vordergrund getreten.

Seit 25. März 1890 in der Klinik in W. Am 26. März 1890: Patellarreflexe aufgehoben, Pupillenverhältnisse normal, Augenhintergrund normal.

Geistig in apathischem Blödsinn. Wenn man ihn ausfrägt, kommen zusammenhangslose Grössenideen zutage.

Es ist also jetzt, während im December 1889 die Patellarreflexe noch ganz normal waren, Fehlen derselben zu constatiren. Damit wird zu der schon entschiedenen Diagnose noch ein Plus hinzugefügt. Dabei ist die Intelligenzstörung anscheinend noch stärker geworden.

Tobsuchtsanfälle, die sonst bei der progressiven Paralyse oft schon im Anfang vorhanden sind, sind hier bis dahin, also bis circa $^{3}/_{4}$ Jahre nach dem Beginn der sichtbaren Zeichen von Paralyse, nicht aufgetreten, stehen aber in solchen Fällen alle Augenblicke zu erwarten, was für die Unterbringung solcher Kranken in einer Anstalt von grosser Wichtigkeit ist.

10. März. Manchmal heftig erregt, verlangt dann mit grossem Geschrei seine Entlassung, weil er nicht krank sei. Er müsse seine Erfindungen ausnützen.

Bei diesen Erregungen könnte, wenn im übrigen alles unbekannt wäre und der Kranke in diesem Zustand in die Anstalt gebracht würde, nochmals die Differentialdiagnose mit Manie in Betracht kommen, jetzt würde aber das Fehlen des Kniephänomens allein, ohne Rücksicht auf die intellectuelle Schwäche, welche mit der Aufregung und dem Grössenwahn sich verbunden zeigt, zur Diagnose der progressiven Paralyse genügen.

24. April. In ruhiger, zufriedener Stimmung. Spricht und lacht beständig vor sich hin. Verlangt selten nach Entlassung. Aeussert spontan keine Grössenideen.

1. Mai. Sehr gehobener Stimmung, singt und pfeift, will zum Theater gehen. Kann Alles, fühlt sich völlig gesund. Macht phantastische Pläne für die Zukunft. Ist zu keiner geistigen Anstrengung zu bringen, rechnet falsch, schreibt sinnloses Zeug.

In diesen beiden Aufzeichnungen tritt die typische Euphorie der Paralytiker bei gleichzeitigem Zurücktreten der Grössenideen und starker geistiger Schwäche scharf hervor.

10. Mai. Hat universellen Grössenwahn. Kann Alles, hat Maschinen erfunden, womit er Hirn und Blut machen kann, schwelgt in Reichthümern und Erfindungen. In den letzten Tagen oft aufgeregt, verlangt unter Schimpfen und Toben seine Entlassung. In den letzten Tagen auffallender körperlicher Verfall. Verdauungsstörungen, häufiges Erbrechen. (Tabes!)

12. Mai. Behauptete gestern, er sei ein Mädchen und riss sich die Barthaare einzeln aus, so dass die Oberlippe hoch anschwoll. Ferner spuckt er be-

ständig aus, weil sein Gehirn voll Schleim sei. Hat noch andere hypochondrische Wahnideen, zeigt jedoch, wenn man genauer frägt, auch jetzt gleichzeitig sinnlose Grössenideen.

Dieses plötzliche Auftreten von hypochondrischen Wahnideen ist weiterhin im Hinblick auf andere Fälle von progressiver Paralyse, wo im Anfang dieses psychische Moment der Hypochondrie in den Vordergrund tritt, von Bedeutung. Allerdings hätte in dem Falle selbst, wenn der Kranke unter Mangel aller Anamnese in diesem Zustande zuerst einem Arzt als geisteskrank vorgeführt worden wäre, eine Verwechslung mit hypochondrischer Verrücktheit nicht vorkommen können, denn erstens hätte das gleichzeitige Bestehen von ganz exorbitanten Grössenideen und die allgemeine intellectuelle Schwäche des Mannes der Diagnose sofort eine andere Wendung geben müssen, andererseits hätte das gleichzeitige Fehlen des Kniephänomens eine Tabes angedeutet, mit welcher zusammengehalten das psychische Bild sofort unter den Begriff der progressiven Paralyse gefallen wäre. Immerhin ist dieses vorübergehende Auftreten von hypochondrischen Ideen im Laufe einer progressiven Paralyse wichtig zum Verständnis derjenigen Formen von progressiver Paralyse, deren Beginn das psychologische Bild der Hypochondrie völlig beherrscht.

22. September. Oefter tobsüchtige Erregungen. Will durchaus fort, um seine Erfindungen auszunützen. Nennt sich immer Ferdinand von Preller oder Gräfin von Petteletel. Seine Briefe sind eine sinnlose Aneinanderreihung von Worten mit Brocken von Grössenideen. Die einzelnen Worte sind sehr unorthographisch geschrieben, oft fehlen Buchstaben, oft werden solche eingefügt.

Im Verhältnis zu einem am 28. April geschriebenen Brief zeigt ein am 22. September geschriebener den fortschreitenden geistigen Verfall sehr gut.

28. April. An den Herrn Fabrikanten Siebmacher Raumer
Raumer

Hirmit die höfliche Anfrage, ob sich Herr mein Lehrmeister, noch gesund, ob seine Madame, sein Sohn und seine Döchterlein wohl, gut und gesund sind. Ich spreche hier mit meinen herzlichen Dank aus, für die gute Lehre das ich kleich an gute Arbeit kam; hätte ich nur gewuste; das er sein Geschäft noch hätte, denn habe an meinen Arbeits-Colegen Neckermann. und da hab ich keinen Brief bekommen.

Ich will die alt Zeit ganz vergessen und freue mich wenn ich mein Lehrmeister zu sehen bekomme; die Freud wird gross sein von der Familie wen Sie erst wissen wie viel ich gelernt habe.

1, Batent-Malztarren;
2, Siebe wo allein sieben;
3, Batent-Webe-Stühl
4, Batent, 5, Siecheln 6, Stümpfen und 7, Grasschneitmaschinen 8, Voglbaue 9, Patentgitter ohn Ringe resp. Cuartratgitter.

Brief vom 22. September. An den Hochwolgebornen Burgermeiserster in Zeil; Zuer Bitte an den guten Mann muss mir Haimatheim ausschreiben da ich in Zeil geboren an 21ten Juli 1858 jetzt 1874, und bin erst 16 Jar alt Sebesteine 16 Jahr alt 18 Jahr als
Ferdinandin Gräfin v T Petelletel
Ferdinanden Gräfin v Petelletel
Ferdinanden Gräfin v Peteletel.

In dem ersten Brief ist noch deutlicher Zusammenhang. Er erkundigt sich nach dem Befinden der Meisterfamilie, er freut sich auf das Wiedersehen und sagt dann: Die Freude wird gross sein, wenn Sie erst wissen,

wie viel ich gelernt habe. Nun kommt der kritiklose Grössenwahn zutage. Er hat construirt: Patentmalzdarren, Siebe, die allein sieben, Patentwebstühle, Patentsicheln, Grasschneidmaschinen, Patentgitter etc. Er hat seine Erfindungen numerirt. Unterzeichnet ist der Brief mit Bezug auf die Erfindung Nr. 2 als Ferdinand Siebmacher.

Der Brief vom 22. Sept. ist schon ganz zusammenhangslos. Die Orthographie mangelt sehr, oft sind Buchstaben weggelassen. Am Schluss nennt er sich dreimal Gräfin von Petelletel.

19. December. Fortschreitender Verfall der Geisteskräfte. Er liest oft laut vor, ohne es zu verstehen.

Oft sitzt er mit einer Zeitung da und singt die dastehenden, zum Theil falsch gelesenen Worte nach alten oder selbsterfundenen Melodieen, dieser Gesang artet dann oft zu einem Gebrüll aus. Manchmal singt er seine Lebensgeschichte, in der alles wunderbar und grossartig ist. Der körperliche Verfall schreitet auch stark vorwärts. Die Sprache wird allmählich zu einem unverständlichen Lallen. Die Stimme hat etwas unsicher Vibrirendes.

3. Januar 1893. In den letzten Monaten ziemlich gleichmässiger Zustand. Intellectuell sehr schwach. Heitere Grundstimmung, manchmal Grössenideen. Von November 1890 bis December ist das Gewicht von 54 auf 90 (!) Kilo gestiegen. Im December trat dann ohne nachweisbaren Grund ein tiefer Verfall mit starker Abnahme des Körpergewichtes ein. Seit einigen Tagen, ohne dass ein acuter paralytischer Anfall aufgetreten wäre. völlige Apathie, allgemeine „Paralyse“. Decubitus nur bei der grössten Sorgfalt (noch öfter Lagewechsel, ferner protrahirte Bäder) zu vermeiden.

21. Januar 1893. Seit circa drei Wochen fortwährend dem Exitus letalis nahe. Nie Fieber. Nie abnorm tiefe Temperaturen. Nie ein paralytischer Anfall. Heute Exitus letalis in tiefem Koma. Pupillenreaction bis zum Tode vorhanden, wenn auch etwas träge. Bei der Section zeigt sich ein starker Hydrocephalus externus, enorme diffuse Atrophie der Hirnwindungen, Gehirngewicht nur 950 Grm.! bei einem ziemlich beträchtlichen Schädelvolumen. Rückenmarksdegeneration der Hinterstränge und leichte Degeneration in den Pyramidenseitensträngen.

Um die Beziehungen des paralytischen Symptomencomplexes zu der begleitenden Rückenmarkskrankheit ins Licht zu setzen, gebe ich noch folgenden Fall:

H. J. aus P., geb. 1853, Schmied, aufgenommen in die psychiatrische Klinik zu Giessen am 1. Juli 1898. Bei der Aufnahme lallt er in unverständlicher Weise einige Begrüssungsworte. Seine Stimmung ist eine leicht expansive, euphorische. Er macht einen halb verwirrten Eindruck. Dabei treten motorische Störungen hervor. Er kann weder gehen noch stehen. Die psychischen Erscheinungen wechseln rasch: Bald treten Selbstüberschätzungsideen hervor mit gehobener Stimmung, wobei er z. B. die Pfleger commandirt und fortwährend bedient zu werden wünscht, bald ist er sehr weinerlich. Seine vielfach geäusserten Grössenideen sind zusammenhangslos, zum Theil an sich sinnlos: er hält sich für den reichsten Mann der Welt, glaubt General zu sein; die Tochter des Kaisers sei seine Frau, er sei selbst Kaiser, er habe das eiserne Kreuz, besitze Elephanten, die Welt gehöre ihm, er sei Gott.

Der Zustand machte bei der Aufnahme infolge der Verbindung von mässiger Verwirrtheit mit Zeichen von Lähmung und Schwäche den Eindruck einer paralytischen oder epileptischen Krankheit. Der bald hervortretende verworrene Grössenwahn senkte die Wagschale nach der Seite der progressiven Paralyse. Dazu kamen die weiteren Beobachtungen über körperliche Störungen im Sinne der Tabes dorsalis.

Pupillen mittelweit, rechts weiter als links, vollkommen starr bei directer künstlicher Beleuchtung. Linke Augenspalte weiter als die rechte. Das rechte obere Augenlid hängt etwas mehr herab als das linke. (Leichte Ptosis.) Der rechte Mundwinkel steht etwas tiefer und erscheint auch bei mimischen Bewegungen schwächer innervirt. Gröbere Störungen im Facialisgebiet nicht vorhanden. Patellarreflexe erloschen. Dabei treten Zeichen von Muskelschwäche und Ataxie an den Extremitäten auf. Beim Liegen sind die Beine zumeist im Knie flectirt, wobei die Seitenlage nach links bevorzugt wird. Auf Commando werden Beinbewegungen in Rückenlage prompt, aber schleudernd ausgeführt. Beim Aufrichten kreuzt Patient die Beine, schleudert sie schlaff übereinander und knickt auch bei Unterstützung durch doppelte Hilfskräfte völlig ein. Bei der Aufforderung, aus dem Bett zu steigen, schleudert er die Beine kraftlos in die Höhe. Die Arme kann Patient bewegen, jedoch fallen die Bewegungen in jeglicher Hinsicht expansiv aus. Dabei tritt nach der Aufforderung, bestimmte Haltungen mit den Armen einzunehmen, ein seltsames unruhiges Wesen hervor, was einentheils verwirrten, anderentheils ataktischen Charakter an sich trägt. Z. B. macht er nach der Aufforderung, die Arme gestreckt zu halten, flatternde Fang- und Greifbewegungen in der Luft, wobei er in ganz zerfahrener und zum Theil unverständlicher Weise darauf bezügliche Redensarten vorbringt. Die Muskulatur der Hände ist auffallend atrophisch, namentlich erscheinen die Interossei und der Daumenballen atrophisch.

Deutlicher Tremor der gespreizten Finger, rechts stärker als links.

Die Sprache ist gestört: Deutliches Haftenbleiben, Silbenstolpern, Silbenauslassungen, Wortverstellungen.

Die Sensibilität ist bei der hochgradigen Demenz des Kranken schwer zu prüfen. Die Localisation der Hautreize ist sehr unsicher.

Starke Neigung zum Decubitus.

Das ganze Krankheitsbild ist also von Symptomen körperlicher Störung, von denen mehrere: Pupillenstarre, Fehlen der Kniephänomene, Ataxie einen ausgeprägt tabischen Charakter haben, durchsetzt. Aus dem raschen Verlauf hebe ich nur Folgendes hervor:

4. VII. Jäher Wechsel von euphorischer und depressiver Stimmung; in rascher Folge äussert er bald Grössenideen, bald Kleinheitswahn und hypochondrische Vorstellungen, welche oft den Eindruck phantastisch umgedeuteter Parästhesieen auf tabischer Grundlage machen. Im Augenblick ist er noch der reichste Mann der Welt, Kaiser und Fürst, im nächsten Moment ist er blutarm, hat keine Augen mehr, fühlt seine Beine nicht, hält sich für verloren, glaubt todt zu sein.

7. VII. „Ich bin ein kranker Mann, aber doch reich, sehr reich dabei. Ihr anderen seid armseliges Lumpenpack, alles arme Teufel. Ich habe furchtbare Schmerzen, ich wollte, ihr hättet sie nur eine Viertelstunde. Ich bin so müde, ich habe kein Blut mehr. Ich bin Fürst und Kaiser, in Berlin habe ich neben den Schlössern eine Villa stehen, dort gehe ich mit dem Kaiser auf die Jagd."

7. VII. Macht einen müden, überaus schlaffen Eindruck, dabei ist die Sprache noch schwerfälliger, er lallt in ganz unverständlicher Weise. Manchmal treten Zuckungen im Gesicht und im linken Arm auf.

11. VII. Zähneknirschen. Ausstossen unarticulirter Laute. Beständiges lautes Jammern nachts. Jäher Stimmungswechsel, bald in unsinnigen Grössenideen schwelgend, er sei der reichste Fürst, habe goldene Pferde, Millionen, bald sehr gedrückt und weinerlich: er sei krank, müsse bald sterben.

14. VII. Ziemlich ausgedehnte Herpeseruption an der linken Wange, ausgehend von einem isolirten Bläschen an der rechten Oberlippe, die Mittellinie überspringend, die linke Oberlippe vollständig auskleidend und sich von hier weiter ausdehnend.

Diese Erscheinung sei hier hervorgehoben, weil im allgemeinen die Beobachtung von *anfallsartig auftretenden nervösen Symptomen* im Ablauf tabischer oder tabisch-paralytischer Processe von Interesse ist.

16. VII. Erzählt, seine Frau habe ihn angesteckt, er fühle sich krank, er sei bereits todt, er lebe noch kaum ein Vierteljahr. Kurz darauf lautes Lachen; er sei Kaiser, beherrsche die Welt, er sei General und habe viele Orden.

17. VII. Besuch der Frau. Erkennt sie sofort, weint, erkundigt sich nach seinem Sohn, fragt, ob er Fortschritte in der Lehre mache. Klagt über sein körperliches Befinden. Glaubt in P. zu sein. Bittet die Frau, ihn bald wieder zu besuchen.

Dieser vorübergehende Zustand von relativer Klarheit ist sehr geeignet, um die eigenthümlichen *Schwankungen der cerebralen Functionsstörung* bei progressiver Paralyse, die in grösserem Massstab als sogenannte *Remissionen* zur Erscheinung kommen, zu erläutern. Manchmal werden dadurch in den Angehörigen neue Hoffnungen erweckt, die den weiteren schlimmen Verlauf erst recht empfindlich machen.

18. VII. Sehr verstimmt. Blass. Nachmittag Fieber 40·1°, jedoch weniger benommen als früher. Gegen Abend treten Delirien auf. Er ruft verschiedene Namen seiner Angehörigen, verlangt Schmiedewerkzeuge, rafft die Decke zusammen, klopft wie auf einem Ambos.

19. VII. Mühsame Athmung. Antwortet nicht auf Anreden. Augen halb geschlossen. Starke Neigung zum Decubitus. Andauernd Fieber. Abends 7 Uhr 41·5.

20. VII. Puls sehr schwach. Te. ca. 37°. Häufig Singultus. Ganz reactionslos.

21. VII. Wieder Fieber, ca. 39°. Schluckt nichts mehr. Zunehmender Decubitus trotz öfteren Lagewechsels und sonstiger Massnahmen.

24. VII. Es hat sich, abgesehen von bronchitischen Erscheinungen keine Ursache der seit dem 18. aufgetretenen Verschlimmerung finden lassen. Der Zustand wird als paralytischer Verfall gedeutet, wenn auch Betheiligung der Lungen durch Schluckpneumonie nicht ausgeschlossen ist. Te. ca. 39·5°. Schluckt nichts mehr. Pupillen völlig starr. Rechte bedeutend weiter als linke. Mühsame Athmung. Tod.

Es zeigte sich bei der Section im pathologisch-anatomischen Institut in Giessen folgender Befund:

In der Lunge eine Anzahl von kleinen, bohnengrossen Herden, mit eiterähnlichem Inhalt, die als Schluckpneumonie aufzufassen sind.

Im Hinblick hierauf scheint es zweifelhaft, ob die klinischen Erscheinungen der letzten Tage, besonders das *Fieber*, sich rein als paralytischer Zustand erklären lassen; vermuthlich hat die durch den paralytischen Zustand veranlasste Schluckpneumonie die Symptome complicirt.

Die Section des Schädels und Gehirns erwies eine Anzahl von Abnormitäten.

Das Schädeldach verdickt, am Stirnbein bis 1 *cm*. An der Innenfläche des Schädels eine unregelmässige Knochenschicht neuer Bildung. Die Dura diffus verdickt. Beim Anschneiden der Dura mater rechts vorn entleert sich eine grössere Menge klarer Flüssigkeit. „Bei genauerer Untersuchung und Abhebung der Dura mater in der vorderen Hälfte der rechten Seite spannen sich eine grössere Anzahl ganz dünner, wasserheller, aber recht derber Stränge an, welche sich zwischen einer etwas dickeren, derben, wasserhellen Membran an der Innenfläche der Dura mater und einer dünneren, aber ebenfalls farblosen, der Arachnoida nur lose aufliegenden Membran finden. Beim Zurückschlagen der Dura mater heben sich die Membranen von der Arachnoidea ab und bleiben an der Innenfläche der Dura hängen: sie nehmen die ganze vordere Schädelhälfte ein und reichen vom Stirnhirn bis etwas über die vordere Centralwindung nach hinten . . . Beide Membranen bilden einen geschlossenen Sack, innerhalb dessen sich die zahlreichen

feinen farblosen Fäden spannen und in welchem sich die klare wässerige Flüssigkeit befand.“ Die Dura mater ist an der rechten vorderen und mittleren Schädelgrube mit Pseudomembranen bedeckt, welche mit der Membran des geschlossenen Sackes der Oberfläche in directem Zusammenhang stehen.

Dieser Befund weicht von dem bei Paralytischen häufigen in einem Punkte sehr ab. Allerdings sind Verdickungen der Knochensubstanz und chronische Veränderung, z. B. auch hämorrhagischer Art an der Dura mater nicht selten. Jedoch ist Ansammlung von seröser Flüssigkeit bei der oft vorhandenen Atrophie der Hirnwindungen wesentlich nur in dem Maschenwerk der Arachnoidea vorhanden, während sich Flüssigkeit zwischen Dura und Arachnoidea weniger häufig findet und anscheinend frei zwischen den Häuten liegt. Hier dagegen liegt unzweifelhaft ein abgegrenztes Hygrom der Dura mater vor.* Dieser Befund muss also als Ausnahme bei progressiver Paralyse bezeichnet werden.

Im Uebrigen findet sich die bei dieser Krankheit häufige Veränderung:

Die weichen Häute des Gehirns sind mit Ausnahme der unter dem Hygrom liegenden Partie verdickt und milchig getrübt. In ihren Maschen geringe Ansammlung von seröser Flüssigkeit.

Neben dem Hirnbefund hat in diesem Falle, dessen klinische Erscheinungen mit tabischen Symptomen durchsetzt waren, die Untersuchung des Rückenmarkes mit der *Weigert*'schen und *Pal*'schen Methode Folgendes ergeben (Fig. 13 *a* bis *d*)**:

Am Uebergang des Halsmarkes in die Medulla oblongata an der Stelle der Pyramiden-Kreuzung (vergl. Fig. 13 *a*) zeigen sich die *Goll*'schen Stränge stark degenerirt, die *Burdach*'schen zeigen bei Intactheit der Randzone links eine mehr halbmondförmige, rechts eine dreieckige degenerirte Partie. Die peripher von der Substantia gelatinosa Rolando gelegene schmale Zone mit der aufsteigenden Trigeminus-Wurzel ist links deutlich zum Theil degenerirt. Am Rande macht sich in der Zone zwischen Vorder- und Seitensträngen Ausfall von Fasern bemerklich.

Weiter unten im Halsmark (Fig. 13 *b*) ist der mittlere Keil der Hinterstränge (*Goll*'scher Strang), der nahe dem Centralcanal halbmondförmige Ausbuchtungen zeigt, stark degenerirt. Der *Burdach*'sche Strang ist links durch eine Schicht wohlerhaltener Fasern von dem *Goll*'schen Strang abgesetzt, während die seitlichen Partieen, besonders im mittleren Abschnitt, stark degenerirt sind. Rechts ist die Reihe von erhaltenen Fasern zwischen *Goll*'schem und *Burdach*'schem Strang geringer. Auch im übrigen ist der *Burdach*'sche Strang rechts stärker degenerirt als links. Am Rande zeigt sich unter Auslassung des nach vorn gelegenen Theils der Seitenstränge eine Zone geringerer Degeneration, welche die Py.-Vorderstränge und die Kleinhirnseitenstrangbahn mitbetrifft.

Im Brustmark (Fig. 13 *c*) betrifft die Degeneration am meisten die nach rückwärts gelegenen zwei Drittel der *Goll*'schen und *Burdach*'schen Stränge, während in dem nach dem Centralcanal gelegenen Drittel eine Zahl von Fasern erhalten sind. Die Randdegeneration ist ganz ausgeprägt, sie ist am stärksten an den seitlichen Theilen der Seitenstränge. Rechts erscheint im Gebiet der Seitenstränge eine dem Hinterhorn anliegende Partie weniger gefärbt und erweist sich als leicht degenerirt. Anscheinend ist dabei der Pyramidenseitenstrang betheiligt.

Im Lendenmark (Fig. 13 *d*) betrifft die Degeneration hauptsächlich die hinteren zwei Drittel der Hinterstränge. Die Randdegeneration ist noch deutlich erkennbar und tritt am meisten im Gebiet der Vorderstränge sowie an den mehr rückwärts gelegenen Partieen der Seitenstränge hervor.

---

* Vergl. *Leo Richter*, Das Hygrom der Dura mater. Dissertation. Giessen 1899.
** Präparate und Mikrophotographieen von Herrn Dr. *Alber*, Giessen.

Der Befund enthält also einen der Tabes dorsalis entsprechenden Antheil (Betroffensein der Hinterstränge und Kleinhirnseitenstränge), ist

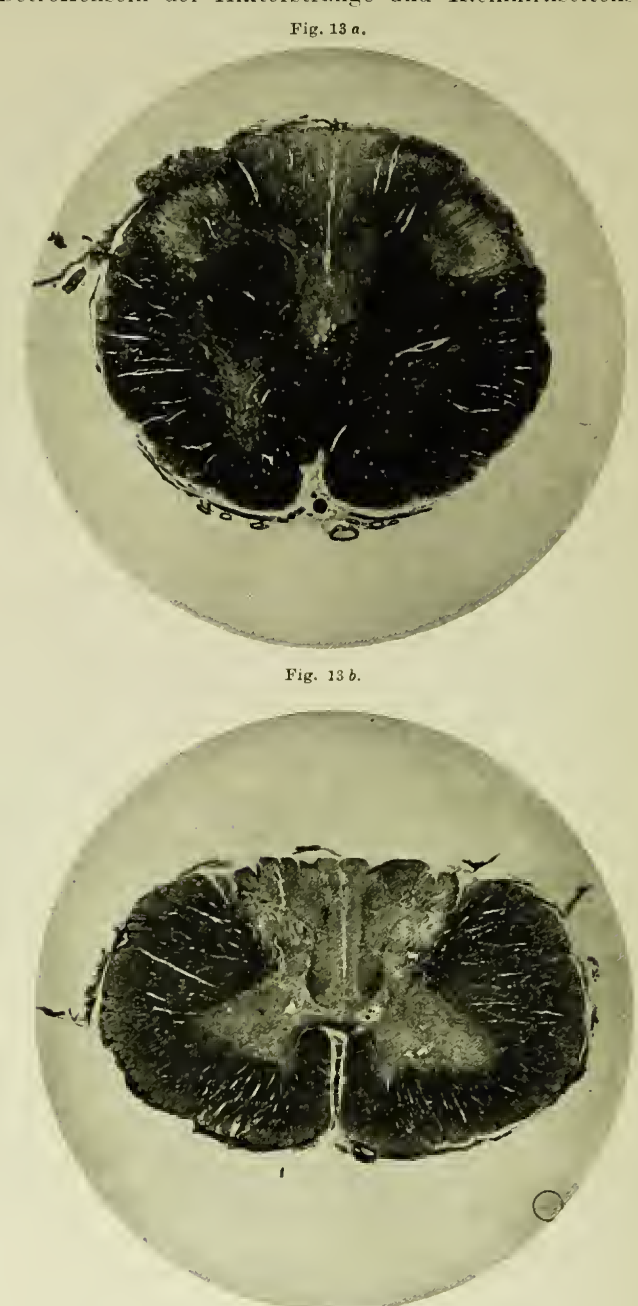


Fig. 13 *a*.

Fig. 13 *b*.

jedoch durch Randdegeneration und leichte Betheiligung der einen Py.-Seitenstrangbahn in Brusthöhe davon unterschieden. Analog finden sich

häufig bei Paralytischen Degenerationen der Hinterstränge und Py.-

Fig. 13 c.



Fig. 13 d.



Seitenstränge vereinigt. Oft sind auch die Py.-Seitenstränge allein betroffen.

Es liegt also entsprechend dem klinischen Befund, bei dem das diagnostisch so wichtige Fehlen der Kniephänomene nur in einem Theil der Fälle vorhanden ist, während andere Steigerung der Kniephänomene zeigen, auch pathologisch-anatomisch durchaus nicht immer reine Tabes-Erkrankung vor. Nichtsdestoweniger behält die oben entwickelte Regel, dass beginnende Geistesstörung mit tabischen Symptomen fast immer progressive Paralyse anzeigt, ihren praktischen Werth.

Während in den vorigen beiden Fällen ein tabisches Symptom (Fehlen der Kniephänomene) beobachtet wurde, nachdem schon eine Reihe anderer Erscheinungen die Diagnose auf progressive Paralyse wahrscheinlich gemacht hatten, kommen Erkrankungen vor, bei denen trotz einer psychologisch unklaren Sachlage die Beobachtung von Pupillenstarre oder Fehlen der Kniephänomene den diagnostischen Ausschlag giebt.

N. J. aus N., geboren 1. Juni 1852, Tünchersgattin, aufgenommen in die psychiatrische Klinik zu Giessen am 15. Mai 1896. Aus der Anamnese ist Folgendes hervorzuheben:

Vater starb 65 Jahre alt, durch Suicidium. Ein 35jähriger Bruder ist angeboren schwachsinnig. Eine Schwester starb, 33 Jahre alt, an Suicidium, nachdem sie zwei Jahre vorher in einer Irrenanstalt gewesen war. Patientin heiratete 1885, hielt sehr gut Haus. Im letzten Herbst Aenderung ihres Verhaltens: Sie war oft nachts unruhig, schlief schlecht, stand dann auf, um stundenlang zu stricken. Wurde vergesslich. Konnte ihr Haushaltungsgeld nicht mehr richtig verwalten. Zeigte gesteigerte Reizbarkeit. Sie kam im September 1895 in das Spital in N., besserte sich bald und kam wieder nach Hause. Im Frühjahr 1896 neue Störungen: Starke Zerstreutheit, lässt ihren Haushalt verwahrlosen, achtete nicht auf ihre Kleidung, zeigte manchmal Erregungen, diese sollen bei der Menstruation stärker gewesen sein.

Im Hinblick auf diesen Krankheitsverlauf konnte neben der Annahme einer fortschreitenden Intelligenzstörung, deren paralytischer Charakter nicht ohne weiteres sicher schien, noch eine periodische Störung in Betracht kommen, wie sie auf hysterischer oder epileptischer Grundlage manchmal in ähnlicher Form auftreten kann. Jedoch wurde gleich bei der ersten Untersuchung mit Rücksicht auf begleitende Tabessymptome die Diagnose auf progressive Paralyse bestimmt gestellt.

Die Untersuchung ergab: Linke Pupille etwas grösser als die rechte. Beide Pupillen nach innen oben ausgezogen. Beiderseits völlige Pupillenstarre. Patellarreflexe beiderseits gleich stark, leicht schleudernd.

Die Pupillenstarre bei bestehender Geisteskrankheit wurde als Beweis für die paralytische Natur derselben betrachtet. Dementsprechend war der Verlauf, in welchem folgende Symptome hervortraten:

Euphorie, Gleichgiltigkeit, Gedächtnisschwäche, enorme Gewichtszunahme, Störungen der Schrift und der Sprache.

Wurde am 7. VIII. in einem ausgeprägten Zustand paralytischer Demenz in das Landeshospital H. transferirt.

In diesem Falle hat die Beachtung der Pupillenstörung bei der beginnenden Geisteskrankheit alsbald den Ausschlag für die diagnostische Auffassung gegeben.

Der weitere Verlauf der Krankheit ist aus der mir freundlichst überlassenen Krankengeschichte des Landeshospitals Hofheim ersichtlich.

Ich hebe aus dieser folgende Symptome hervor:

October 1897: Starke Euphorie. Fortschreitende Sprachstörung. Sehr schlechtes Gedächtnis. Unorientirtheit über Ort und Umgebung. November 1897: Decubitus

am rechten Ellbogen. Heitere Stimmung. März 1898: Völlige Theilnahmlosigkeit und Stumpfheit. Bedarf ständiger Führung.

13. IV. 1898. Zunehmender Verfall. Incontinentia urinae. An verschiedenen Körperstellen Decubitus. Paralytischer Anfall mit Krämpfen und Bewusstlosigkeit. Nach einer halben Stunde wieder bei Bewusstsein.

14. IV. Nach einer Reihe von paralytischen Anfällen nachts Exitus letalis.

In diesem Falle hat der psychische Befund im ersten Beginn der Krankheit wenig Charakterisches für progressive Paralyse gehabt und hätte mit anderen Formen von Störung leicht verwechselt werden können.

Es muss im allgemeinen ausgesprochen werden, dass im Anfang der progressiven Paralyse psychologisch eine Menge von Krankheitsbildern vorkommen, die eine überraschende Aehnlichkeit mit functionellen Geisteskrankheiten haben. Das entscheidende Moment, welches die Diagnose in solchen Fällen nach der Seite der progressiven Paralyse wendet, ist oft 1. das gleichzeitige Vorhandensein von tabischen Symptomen, wie dies für den zuletzt entwickelten Fall zutrifft, 2. die im übrigen zu dem Krankheitsbild nicht passende Intelligenzschwäche. Wir nehmen nun an, dass das erste Moment, welches für den praktischen Arzt immer in erster Linie in Betracht kommt, völlig fehlt, und beziehen uns auf Fälle, in denen die Diagnose auf progressive Paralyse lediglich aus dem psychologischen Befund gestellt werden muss.

Ich behandle zunächst einen Fall von psychischer Erkrankung bei einer 36jährigen Frau, welche scheinbar das Bild einer reinen Manie bot und von allen groben motorischen Symptomen, aus denen die Diagnose hätte gestellt werden können, frei war. Höchstens hätten ihre sehr weiten Pupillen in Betracht kommen können; aber da die Reaction ganz normal war, so wurde, entsprechend der oben angegebenen Regel, auf dieses blosse Grössenverhältnis kein Gewicht gelegt.

Auch Lues war weder objectiv, noch anamnestisch nachzuweisen und die Thatsache, dass die Frau ganz gesunde eheliche Kinder hatte, sprach eher dagegen. Obgleich alle objectiven Symptome und Indicienbeweise fehlten, wurde diese Frau doch sozusagen zunächst dem subjectiven Eindruck nach für paralytisch gehalten, eine Auffassung, welche nach Verlauf von 8 Wochen durch das Auftreten von paralytischen Symptomen bestätigt wurde. Ich will nun versuchen, diesen subjectiven Eindruck, welcher in der That zu einer richtigen Auffassung führte, zu analysiren, um das Incommensurable des subjectiven Eindruckes etwas mehr ins Licht des wissenschaftlichen Bewusstseins zu bringen. Die Frau war motorisch erregt wie eine Maniakalische, sie trat und stiess um sich, griff nach allen Gegenständen, um sie von sich zu werfen, aber wenn man sie genauer ansah, so trat eine leichte Ungeschicklichkeit und Plumpheit der Bewegungen zutage, wie sie zu der geschickten und festen Bewegungsart einer rein Maniakalischen nicht passte.

Sie sprach, lachte und weinte durcheinander in einer Weise, die man für eine rein maniakalische Ideenflucht hätte halten können, nur dass die producirten Worte manchmal etwas Schleppendes, im Verhältnis zu der Ideenflucht Verlangsamtes hatten. Dabei war von einer eigentlichen paralytischen Sprachstörung im Schulbegriff noch gar nicht die Rede. Ebenso wie die Art sich zu bewegen und zu sprechen in der Ab-

schätzung gegen den scheinbar maniakalischen Zustand etwas Abweichendes zeigte, so war es auch mit ihrer Art, sich zu halten. Ohne irgend welches auf Tabes deutende Schwanken zu zeigen, hatte die sehr kräftig entwickelte Frau eine etwas schlaffe, willenlose Haltung, welche in Widerspruch mit ihren heftigen motorischen Explosionen stand und von der scharfen accentuirten Innervation der Typisch-Maniakalischen abwich. Ich meine also den Grund zu dem subjectiven Eindruck, welcher in diesem Falle zu der Wahrscheinlichkeitsdiagnose „Paralyse" führte, zu finden in dem Missverhältnis zwischen der Art der Innervation und der scheinbar typisch-maniakalischen Psychose, zu welcher eine exacte, lebhafte und geschickte Innervation gehört.

Ich bemerke allerdings, dass ich hier die reine typische Manie mit Gedankenflucht und wohlerhaltener Apperceptionsfähigkeit im Sinne habe, wovon die mit tiefer Verwirrtheit verbundenen tobsüchtigen Erregungen zu trennen sind.

Als Beispiel gebe ich ferner einen Fall, in dem die Diagnose Melancholie hauptsächlich in Frage kam.

H. N. aus R., Kaufmann, aufgenommen am 7. November 1892, im Alter von 37 Jahren. — Der Kranke kommt aus einem Spital für körperliche Kranke, wo er seit circa 4 Monaten sich befindet. Derselbe hat einen melancholischen Gesichtsausdruck, giebt selbst über sich Bescheid, allerdiugs nur langsam und stockend, aber völlig richtig und ohne Articulationsstörung. Den Beginn des Leidens, wegen dessen er Aufnahme in dem genannten Krankenhaus suchte, verlegt er auf Anfang des Jahres, uud zwar bestand es in Schwäche, Kopfschmerz, Ohrensausen, Beängstigungeu, Zittern der Hände, aufgetriebenem Leib, Athemuoth, Gemüthsverstimmung. Zur Zeit des freiwilligen Eintrittes in das Krankenhaus hatte er noch vage Schmerzen im ganzen Leib, Schwindelanfälle. Augenhintergrund und Pupillenverhältnisse waren normal. Anfang November trat mehrfach Nahrungsverweigerung auf, der Mann klagte über abnorme Sensationen verschiedener Art. Wurde mit der Schluudsonde gefüttert. Die melancholische Verstimmung steigerte sich; er brachte nur langsam, manchmal auch gar nicht Antworten auf die gestellten Fragen vor; zeigte völlige Theilnahmlosigkeit gegen seine Umgebung.

Am 7. November 1892 kam er in die psychiatrische Klinik. Die Anamnese wird von einem Bruder des Kranken in folgender Weise vervollständigt. In der ganzen Familie ist bisher sicher kein Fall von Nerven- oder Geisteskrankheit vorgekommen. Der Kranke hat nie viel getrunken, auch sonst mässig gelebt. Von syphilitischer Infection des H. ist dem Bruder nichts bekannt. Die Frau hat allerdings nach dem ersten Kind, welches lebt und gesuud ist, zweimal abortirt. Im vorigen Sommer Bankerott.

Der Bruder meint, „H. habe in seinem Geschäfte Sachen gemacht, die ein anderer nicht gemacht hätte". Er hatte keine rechte Uebersicht über das Geschäft, bestellte mehr als er brauchte.

Jedoch ist das von Seiten des Bruders eine hinterher angestellte Ueberlegung. De facto hat dieser bis zum Concurs des Bruders nie an dessen Verstand gezweifelt. Einige Zeit nach dem Concurs zog H. zu seinem Bruder. War theilnahmlos, antwortete selten, aber stets richtig, klagte über Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Gemüthsverstimmung. Die Verwandten hielten diesen Depressionszustand für die natürliche Folge von den Sorgen bei dem Coucurs. Der Bruder mittelte ihm eine Stelle in F. aus, von wo er in 12 Tagen zurückkehrte, ohne irgend welche Auskunft zu geben. Bei seinen Geldforderungen an den Bruder äusserte er einmal: „Wenn Du es mir nicht giebst, erschiesse ich mich." Eines Tages brachte er oft hypochondrische Klagen vor: „Am Ende muss ich gar an Kehlkopfschwindsucht sterben."

Abgesehen von den retrospectiv gemachten Bemerkungen des Bruders, wonach H. schon vor dem Concurs „Dinge machte, die ein Anderer nicht gemacht haben würde“ und die als nachträgliche Gedanken sehr skeptisch aufgefasst werden müssen, ist wohl schwerlich bisher ein Zug zu finden, der auf eine progressive Paralyse deutete. Höchstens könnte man sagen, dass das rasche Verlassen der endlich ausgemittelten Stelle etwas Unüberlegtes hat. Solche Handlungen kommen aber auch im Beginn einer melancholischen Gemüthsverstimmung so häufig vor, dass darauf kein Gewicht zu legen ist. Jedenfalls war es bei der Abwesenheit paralytischer Symptome und dem Mangel einer genauen Intelligenzuntersuchung gerechtfertigt, ihn für einfach hypochondrisch-melancholisch zu halten, woraus die im Spital eingeschlagene Therapie nothwendig entsprang. Ich gebe nun einen Auszug aus der weiteren Krankengeschichte nach Transferirung in die psychiatrische Klinik in Würzburg.

8. November 1892. Hört seine Verwandten über sich sprechen; deutet an, dass sie schlimm über ihn denken. Hat einen etwas melancholischen Ausdruck; klagt über Magenbeschwerden. Nimmt spontan keine Nahrung zu sich, man kann ihm jedoch bei grosser Geduld allmählich flüssige Nahrung beibringen.

9. November 1892. Nachts leicht erregt; hallucinirt anscheinend, macht dunkle Andeutungen über seine Angehörigen; die meisten Anreden lässt er ohne Antwort. Intelligenzuntersuchung deshalb unmöglich.

10. November 1892. Nachdem er bei der gestrigen Untersuchung einen tief melancholischen Gesichtsausdruck geboten hat, in stereotyper Weise mit halbem Satze antwortete und Wahnideen zu verbergen schien, ist er heute früh bedeutend agiler, bewegt sich lebhaft, frei, lacht vergnügt; das Aufschreiben seiner Gedanken sei auch nicht mehr nöthig, das sei ja nun vorüber, da seien damals allerlei widrige Verhältnisse zusammengekommen.

Auf Vorhalt, dass er gestern geäussert, „angethan habe man ihm wohl etwas“, lacht er heute vergnügt und sagt: „O nein, mir hat nie Jemand geschadet.“

11. November 1892. Wieder ganz trübe Miene, sieht mit eigenthümlichem, scheuem Ausdruck auf Jeden, der sich im Zimmer bewegt, antwortet sehr langsam und leise. Ist noch nicht zum Aufschreiben seiner vermutheten Wahnideen zu bringen.

Lacht vergnügt bei der Visite; dann auf einmal ganz still, giebt keine Antwort mehr.

14. November 1892. Wollte heute früh nicht Kaffee trinken, giebt an, dass ihn sonderbare Gefühle am Kehlkopf hindern. Behauptet, dass seine Beine ganz dick und geschwollen seien, was öfter vorkomme. Manchmal werde der Leib plötzlich dick, was immer bald wieder verschwinde. Im übrigen sei er gesund. Besonders scheint er keine perversen Empfindungen der Genitalsphäre zu haben. Mittags isst er sein Fleisch nicht, behauptet, es sei ganz roh.

Giebt an, dass er wieder Schlingbeschwerden hat. In Bezug auf die früher von ihm genannten „Leute“ in Speyer ist nichts Paranoïsches zu eruiren.

15. November 1892. Genaue körperliche Untersuchung:

Keinerlei objective Anhaltspunkte für überstandene Lues; Infection von ihm selbst geleugnet. Patellarreflexe normal. Pupillen: Accommodativ normal, gewöhnlich mittelweit, reagiren reflectorisch träge und wenig ausgiebig. Er giebt heute leicht Antwort; dabei ergiebt sich, dass er auffallend schlecht rechnet, während er noch gut lesen und schreiben kann.

Auf Grund der Pupillenverhältnisse, des ganzen Habitus und der Intelligenzdefecte wird die Diagnose „progressive Paralyse“ bestimmt gestellt.

Nach der Untersuchung legt er sich im Krankenzimmer auf den Boden und sagt: „Da sind sie, da sind sie.“ — Dann mit tiefem Athemzug ruhig wie

sonst. — Murmelt vor sich hin, freut sich, wenn er im Gespräch einen Trumpf einwerfen kann; wenn andere Kranke sprechen, so berichtigt er plötzlich in rauher Weise ihre Angabe über Strassen, Geschäftsinhaber etc., um dann schnell in seinen apathischen Zustand zurückzufallen.

16. November 1892. Antwortet wieder gut. Zeigt grosse Defecte beim Rechnen. Kann die einfachsten Subtractionsexempel nicht lösen. Nahrungsverweigerung. Nur mit Mühe mit dem Löffel zu füttern. Ist heute zum Schreiben zu bringen. Aufgefordert, seinen Zustand zu beschreiben, schreibt er in vierfacher Wiederholung eine Art Geschäftsbrief: „P. P. Auf Ihre werthe Annonce in dem hiesigen Generalanzeiger von heute ersehe ich, dass Sie einen Herrschaftslohndiener suchen. Da ich, Ihr jeder Zeit (hier ist der Brief abgebrochen).

7. December 1892. Pupillen unter Mittelweite. Träge Reaction. Puls 48. Ohne Affect: ruhig, blöd, zu keiner Antwort zu bewegen. Bewegt nicht einmal die Augen, wenn man an sein Bett tritt und ihn anspricht. Unrein mit Urin.

9. December 1892. Ganz stumpf. Wollte gestern wieder nicht essen. Musste gefüttert werden. Motiv nicht zu ermitteln.

11. December 1892. In den letzten Tagen vorübergehende Nahrungsverweigerung. Völlig apathisch.

13. Januar 1893. Bis heute unverändert. Heute früh paralytischer Anfall, nachdem er sich mit Koth verunreinigt und im Bad sonderbare Kratzbewegungen gemacht hatte.

Die Anfälle dauerten den ganzen Tag und endeten abends 6 Uhr mit dem Tod, nachdem der Kranke von 3 Uhr ab stark geröchelt hatte.

Sectionsbefund: Diffuse Atrophie der Hirnrinde. Hydrocephalus externus.

In dieser Krankengeschichte (N.), bei welcher eine scheinbar rein functionelle, hypochondrisch-melancholische Psychose sich erst nach einigen Monaten als progressive Paralyse enthüllt und dann, dieser Diagnose entsprechend, nach kurzer Zeit durch gehäufte paralytische Anfälle ad exitum letalem führt, ist besonders das Auftreten von Hallucinationen bemerkenswerth. Wer sich gewissermaassen als psychologischen Typus bei progressiver Paralyse den Grössenwahn vorstellt, wird in solchen Fällen stets irregeleitet werden.

Ich gebe deshalb jetzt eine Krankengeschichte, in welcher das Moment der Hallucinationen noch mehr in den Vordergrund tritt, während doch die paralytische Natur der Erkrankung nicht bezweifelt werden kann.

P. K. aus W., früher Restaurateur, aufgenommen 18. Juni 1890, alt 64 Jahre.

Seit einigen Wochen fortwährend mit religiösen Ideen beschäftigt. Sitzt oft mit devotem Gesichte vor einem Marienbilde. Behauptet, dass ihm die Mutter Gottes öfters nachts erschienen sei und mit ihm gesprochen habe. Einmal hat er die Mutter Gottes mit einer Handbewegung einen Brand löschen sehen. Er konnte es morgens ganz genau beschreiben, wie die nächtlichen Erscheinungen ausgesehen haben.

Von seiner Umgebung wird der Zustand für religiösen Wahnsinn gehalten. Im ärztlichen Zeugnis wird als vorläufige Diagnose Verrücktheit angenommen, es wird jedoch hinzugefügt, dass öfter aufgetretener Kopfschmerz und Schwindel eine sich entwickelnde Hirnläsion nahelege. Ferner wird von Hausbewohnern berichtet, dass K. in Abwesenheit von Frau und Tochter „dumme Streiche treibe und unsinnig spreche". Er übergab einem Miether die Schlüssel zur Wohnung, sagte, er müsse zur Kirche, um Vorbereitungen für das grosse Fest zu treffen, in dem die heilige Mutter vorgestellt werde, wobei er St. Peter spielen müsse. Dann hat er erzählt, er habe in der Kirche zu laut gebetet und sei vom Kirchner ausgewiesen worden, sagt ferner, dass er dem Dompfarrer und Probst Besuche

abgestattet habe. Im ärztlichen Zeugnis heisst es: „So würde er ins Unendliche hinein fabulirt haben, wenn er nicht unterbrochen worden wäre. Der Wahn von bevorstehendem und thatsächlich stattgehabtem Verkehr mit der Mutter Gottes bildete sich noch mehr aus. Er behauptete, schon in früher Kindheit von ihr in allen Geschäften unterrichtet und geleitet worden zu sein, besonders im Billardspiel."

Vor einigen Tagen bestellte er einen vierspännigen Wagen, Blumenbouquets, Anzüge, fuhr zwecklos einige Stunden in der Stadt herum, trank ausnahmsweise guten Wein, sogar Champagner. Jeden Tag erzählte er von den Erscheinungen der „heiligen Mutter".

Es frägt sich nun, ob in diesem Falle, in dem anscheinend Hallucinationen religiöser Färbung vorhanden waren, auch ohne jede auf tabische, beziehungsweise paralytische Symptome gerichtete Untersuchung rein auf Grund des psychologischen Befundes der Schluss auf beginnende progressive Paralyse möglich gewesen wäre. Die Hallucinationen, wenn man die subjectiven Angaben des Patienten überhaupt als beweisend für diese ansehen will, zeichnen sich durch eine eigenthümliche Monotonie aus. Es ist stets die Mutter Gottes, welche erscheint. Ferner fällt in dem Bericht die Affectlosigkeit auf, welche der Kranke bei diesen Sinnestäuschungen gezeigt hat. Er hat keine dauernd melancholische oder heiter erregte Stimmung. Im ärztlichen Zeugnisse bemerkt der Referent, dass K. bei dem Bericht über seine Erscheinungen vollkommen ruhig sei und in heiterster Stimmung über dieselben und das grosse Fest in der Kirche rede. Im übrigen hat er sich ruhig verhalten, regelmässig gegessen und geschlafen. Keinesfalls konnten also die Hallucinationen mit einem krankhaft veränderten Gemüthszustande in Verbindung gebracht werden.

Bestimmte, feste Wahnideen werden auf Grund seiner Sinnestäuschungen nicht entwickelt. Die Grössenideen, die er an seine Erscheinungen knüpft, zeigen etwas Sinnlos-Kindisches. Er behauptet, schon in früher Kindheit besonders im Billardspiel von der Mutter Gottes unterrichtet worden zu sein. — Er soll in der Kirche den St. Peter spielen. Ferner vollbringt er Handlungen, die von Ueberschätzung seiner Person zeugen und keine Rücksicht auf seine finanziellen Verhältnisse erkennen lassen (vierspännige Kutsche, Blumen, Anzüge, feiner Wein).

Ferner lassen sich Züge von Gedächtnisschwäche und Urtheilslosigkeit bei ihm anamnestisch nachweisen. Als Einheimischer musste er die Ortsverhältnisse so weit kennen, um den richtigen Weg zu der Klinik zu finden. An Stelle dessen ist er in das anatomische Institut gelaufen.

Schliesslich kann man überhaupt an der Existenz der Hallucinationen zweifelhaft werden und den Verkehr mit der Mutter Gottes als Theilerscheinung seiner verschwommenen Grössenideen auffassen. Im ärztlichen Zeugnis wird die Neigung des Kranken zum Fabuliren gut hervorgehoben. Aber selbst wenn man ihre Existenz annimmt, tritt ein Zug von intellectueller Schwäche so stark hervor, dass die Einreihung des Falles in die typischen Bilder von hallucinatorischem Wahnsinn, Melancholia hallucinatoria, Paranoia hallucinatoria unmöglich ist.

Im Zusammenhang mit den Ideen von Grössenwahn muss diese intellectuelle Schwäche trotz der Annahme von Hallucinationen den Verdacht erregen, dass es sich um eine progressive Paralyse handelt. Gegen diese kommt nun wieder — von dem körperlichen Befund ganz abgesehen — das relativ sehr hohe Alter (64 Jahre) in Betracht, da ja progressive Paralyse vielmehr im mittleren Lebensalter vorkommt. Aber das Alter

darf als Argument gegen progressive Paralyse nicht überschätzt werden. Zudem wurde im vorliegenden Falle die aus dem psychologischen Befunde gemachte Diagnose bald durch die körperliche Untersuchung bestätigt.

Bei der wesentlich auf Tabes und progressive Paralyse gerichteten Untersuchung ergiebt sich Folgendes: Augenhintergrund normal. Pupillen: beide reagiren träge und wenig ausgiebig. Patellarreflexe: Bei vielen Versuchen beiderseits nicht hervorzurufen, auch auf den *Jendrassik*'schen Handgriff nicht. Rechnet im Kopf noch ganz erträglich. Die Schrift ist durchaus paralytisch, wie ein Brief beweist, der in kalli- und orthographischer, sowie stilistischer Beziehung charakteristisch ist.

Ausserdem ist allgemeine Intelligenzschwäche schon deutlich. — Der Kranke ist eigentlich ganz willenlos, hat keine Entschliessungskraft mehr.

Ausser den Intelligenzdefecten fällt für die Diagnose der progressiven Paralyse am meisten ins Gewicht das Fehlen der Kniephänomene. Wegen der Pupillen könnte man bei dem Alter des Mannes in Zweifel sein, weil alsdann die Pupillen meist etwas träger reagiren. Es wird die Diagnose auf Tabes dorsalis und Paralysis progressiva gestellt. Der weitere Verlauf rechtfertigte diese Diagnose.

19. Juni. Ruhig, fühlt sich gesund. Keine Sprachstörung. Erzählt jeden Morgen von der Mutter Gottes, die ihm erschienen sei.

11. Juli. Uebertriebenes Wohlgefühl. Er sieht häufig nachts Personen an seinem Bett mit weissen Fahnen, sieht ganze Processionen. Manchmal verwandelt sich die Gasflamme über der Thür zu dem Gesicht der Mutter Gottes, welche lacht oder mit ihm spricht. Diese Erzählungen werden ganz affectlos vorgebracht. Er bildet keine Wahnidee im Anschluss daran. Im allgemeinen ist er sehr guter Laune, es gefällt ihm vorzüglich in der Anstalt. Spontan redet er nichts.

5. August 1890. Seit einigen Tagen treten Grössenideen ohne die in der Anamnese erwähnte religiöse Färbung hervor. Er ist sehr reich, weil er Präsident ist. Wenn man in frägt, wo das Geld sei, so sagt er, der Professor bewahre es auf. Ferner wird er manchmal leicht erregt. Hält öfter laute Monologe, schimpft darin auf die Angehörigen, dia alles verfressen und versoffen hätten. Er habe verschimmeltes Brod essen müssen. Jetzt hat er einen anderen Namen als früher. Er heisst Tarin. Wie er auf diesen sonderbaren Namen gekommen ist, lässt sich nicht ermitteln. „Er könne ja einmal ein grosser Mann werden, Tarin sei ein ausgezeichneter Mann gewesen.“

30. August 1890. Die Sinnestäuschungen sind allmählich ganz in den Hintergrund getreten. Die Grössenideen haben sich nicht gesteigert, die Intelligenzschwäche und geistige Erschlaffung wird immer deutlicher. Er rechnet viel schlechter als früher, schreibt öfter unverständliches Gefasel mit kaum leserlicher Schrift. Meist liegt er unbeweglich im Bett. Manchmal betet er längere Zeit mit monotoner Stimme.

17. September 1890. In letzterer Zeit öfter nachts unruhig. Am Tage ganz apathisch. Kann schlecht stehen, fällt leicht, offenbar wegen Unachtsamkeit.

1. October 1890. Die Pupillen sind jetzt reflectorisch ganz starr, sind verschieden weit. Bei Mittellage rechts circa 2 Mm., links 3 Mm. weit. Patellarreflexe fehlen dauernd.

Entlassen 13. October 1890 nach der Irrenanstalt in Z. Laut Bericht von dort ist K. am 25. Februar 1891 nach mehreren paralytischen Anfällen gestorben.

In dem oben analysirten zweiten Falle (N.) waren besonders noch die an Paranoia erinnernden Züge bemerkenswerth. Diese intercurrenten Beobachtungen eröffnen uns das Verständnis für die Thatsache, dass eine ausgebildete Paranoia manchmal das Anfangssymptom einer Paralyse sein kann. Aber auch hier scheint es mir, wenn ich die von mir beobachteten Fälle überblicke, dass man bei genauerem Zusehen in dem psychologischen

Krankheitsbilde doch Züge entdecken kann, welche sie von der rein functionellen Erkrankung der gleichen Art unterscheiden.

In dem einen Falle handelte es sich um einen Mann von 34 Jahren, bei dem allerdings Lues festgestellt war. Er zeigte Wahnideen, wie sie sonst nur der functionellen Paranoia zugeschrieben werden: Die Telephondrähte, welche am Hause befestigt waren, hielt er für Canäle, mit denen von seinen Verfolgern Magnetismus in seinen Körper geleitet werde. Ganz wie die echt Paranoïschen beschrieb er die verschiedenen Arten von Reizen, die an seinem Körper probirt würden. Aber er zeigte an manchen Tagen ein auffallend verändertes Wesen, war heiter, schien seine ganzen Wahnideen vergessen zu haben; an anderen Tagen trat wieder eine auffallende Langsamkeit seiner Gedankenentwicklung auf, so dass er bei der Production seiner Verfolgungsideen Pausen machte, welche nicht psychologisch bedingt erschienen.

Ich habe damals diesen Mann immer für einen Paranoïschen gehalten, bis er eines Tages einen typischen paralytischen Anfall bekam. Jetzt aber, wenn ich auf das Krankheitsbild zurückblicke, möchte ich behaupten, dass ich zur Zeit aus dem psychischen Bild auch bei Abwesenheit aller Innervationsstörungen die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Paralyse stellen würde. Auch hier ist es leichte Störung des Gedächtnisses, eine zeitweilige Langsamkeit des Gedankenablaufes und die zur Paranoia in diesem Stadium nicht passende zeitweilige Heiterkeit, was dem scheinbaren Bild einer functionellen Erkrankung doch ein paralytisches Gepräge giebt.

Es giebt noch ein Krankheitsbild aus dem Gebiet der functionellen Psychosen, unter welchem die Paralyse im Beginn auftreten kann, nämlich die einfache Demenz. Es lassen sich jedoch auch in den Fällen von Paralyse, welche mit einem primären Intelligenzverlust ohne Grössenideen beginnen, gewisse charakteristische Züge finden. Bei der paralytischen Demenz steht der Verlust der einfachsten Schulkenntnisse im Lesen, Rechnen und Schreiben im Vordergrunde, verbunden mit starker Gedächtnisschwäche, während beim einfachen Schwachsinne gerade diese elementaren Kenntnisse und das Gedächtnis oft in erstaunlicher Weise erhalten sind.

Am leichtesten ist die Diagnose aus dem blossen psychologischen Befund beim Fehlen objectiver Symptome, wenn von vornherein die Verwechslung mit einer der bekannten Formen von functioneller Geisteskrankheit ausgeschlossen ist; es ist das in denjenigen Formen psychischer Alienation der Fall, welche man unter dem Begriff der allmählichen völligen Charakterveränderung zusammenfassen kann. Wenn ein Mann in mittleren Jahren, ohne in eine heftige Psychose zu verfallen, Handlungen begeht, welche seinem ganzen früheren Wesen widersprechen, wenn er seine Familie schlecht behandelt, unnütze Geldausgaben macht, unpünktlich in seinen Dienstverrichtungen wird, vergisst, was er thun soll, jeden Sinn für das Conventionelle und Schamhafte verliert, so liegt der Verdacht auf progressive Paralyse sehr nahe.

Und gerade in solchen Fällen ist es oft wunderbar, wie lange das Krankhafte des Zustandes von der Umgebung nicht bemerkt wird, und wie Nervosität, Ueberanstrengung, Ueberreizung zur Erklärung des Zustandes herangezogen werden. Gerade hier aber ist es Sache eines psychiatrisch gebildeten Hausarztes, auf die richtige Vermuthung zu kommen und rechtzeitig die Familie vor weiterem Unheil zu bewahren.

Ich komme also zum Schluss zu folgenden beiden sich ergänzenden Sätzen:

1. Es kann fast jede Form von psychischen Krankheitsbildern im Anfang einer progressiven Paralyse auftreten.
2. Die psychischen Krankheitsbilder im Anfang einer progressiven Paralyse haben trotz der grossen Aehnlichkeit mit rein functionellen Psychosen doch gewisse Züge, welche die Diagnose auf eine progressive Paralyse gestatten, auch wenn noch keine objectiven eindeutigen Symptome vorliegen.

Tumor cerebri.

Diejenigen Fälle von Intelligenzstörung, welche infolge localer Zerstörung der Hirnsubstanz durch Tumor cerebri zustande kommen, fallen ausserhalb des engeren Rahmens einer psychiatrischen Diagnostik. Es handelt sich hier wesentlich um diejenigen Fälle, bei denen eine scheinbar rein functionelle Geistesstörung vorliegt, während die Section einen Tumor des Gehirns nachweist. Das heisst also, es kommen bei Tumor cerebri manchmal, abgesehen von den cerebralen Herdsymptomen, welche bekanntlich auch ganz fehlen können, Geistesstörungen vor, die eine grosse Aehnlichkeit mit den rein functionellen haben können. Vermuthlich wird es sehr bald gelingen, rein psychologisch die Differentialdiagnose zwischen den durch Tumor cerebri bedingten und den rein functionellen Geistesstörungen trotz ihrer symptomatischen Aehnlichkeit zu stellen, ebenso wie man in den meisten Fällen von scheinbar rein functioneller, aber durch progressive Paralyse bedingter Geistesstörung rein psychologisch schon die Differentialdiagnose stellen kann.

Der erste Fall, den ich aus dem Material der psychiatrischen Klinik W. entnehme und analysiren will, ist schon früher literarisch verwerthet worden (cfr. Dr. *Link*, Statist.-casuist. Bericht über die Irrenabtheilung des königl. Juliusspitales. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. XL, pag. 751). Ich lege im folgenden die alte Krankengeschichte zugrunde.

Johann W. aus Binzfeld, Bauer, bei der am 12. Mai 1878 erfolgten Aufnahme 41 Jahre alt, Heredität nicht zu ermitteln. Zeigte sich in der Schule begabt. Im 25. Jahre Heirat, aus welcher 6 Kinder, damals im Alter von $1^1/_4$ bis 15 Jahren, entsprangen. Schon seit dem 27. Jahre „zeigten sich die ersten Symptome einer psychischen Alienation: er vernachlässigte seine Arbeiten und ergab sich in immer ausschweifenderem Maasse dem Trunke". Oefter misshandelte er seine Frau und zertrümmerte Hausgeräthschaften. Weil er infolge der Trunksucht das Vermögen vergeudete und die Familie in Schulden brachte, wurde er 1866, also im 29. Jahre, unter Curatel gestellt. Seit dieser Zeit verschlimmerte sich der Zustand immer mehr. Alles, was er erreichen konnte, schleppte er aus dem Hause, um es zu verkaufen und das dafür gelöste Geld zu verzechen, einmal veräusserte er sogar seine Leibwäsche zu diesem Zwecke.

Bis hierher wäre nun zunächst kein Grund, nach einer anatomisch nachweisbaren Hirnerkrankung bei W. zu suchen, ja sogar wir brauchen auch keine rein functionelle Erkrankung anzunehmen: alle Einzelheiten würden sich bis dahin ganz gut aus der Thatsache des chronischen Alkoholismus erklären. Die Wuthanfälle, die sinnlose Art mit dem Vermögen umzugehen, die Arbeitsscheu, der rücksichtslose Trieb zum Alkohol

ohne Bewahrung des Anstandes passen vollkommen zu dem Bilde des Alkoholismus. Nun trat aber eine stärkere Geistesstörung auf, welche schon viel weniger eindeutig auf den Alkoholismus bezogen werden kann. Es heisst in der Krankengeschichte:

Der eigentliche Beginn seiner jetzigen Erkrankung fällt in das Ende des Monats April (also 14 Tage vor der Aufnahme). Eines Sonntags kam er sehr betrübt aus der Kirche, wo er zur Communion gewesen war, zurück, sagte, er wolle jetzt seine Sünden und Fehler bereuen, für seine Kinder sorgen und seine lasterhafte Lebensweise aufgeben.

Ungefähr 8 Tage später wurden seine Reden verwirrter, verloren den Zusammenhang und trugen die Spuren deutlicher Angst. Es war nicht mehr möglich, ihn zu irgend einer Antwort zu bringen. Seit mehreren Tagen verweigerte er die Nahrung und gab nach vielen Mühen, ihn zum Sprechen zu bringen, an, dass seine Frau ihn vergiften wolle, dass die ihm vorgesetzten Speisen Blut oder Mistjauche seien.

Bei der Aufnahme sehr marastisch. Gesichtszüge finster, deprimirt. Der Kranke blieb stundenlang auf demselben Fleck sitzen oder stehen, ohne seine Stellung zu verändern. Alle Bewegungen geschahen langsam und energielos. Zum Sprechen war er kaum zu bewegen. Er setzte allen absichtlichen Lageveränderungen grossen Widerstand entgegen.

Ueberblicken wir die Entwickelung des psychologischen Krankheitsbildes von dem eigentlichen Ausbruch der Krankheit an. Zuerst that Patient Aeusserungen, welche zu dem Typus einer einfachen Melancholie gut passten. Versündigungsideen, Selbstanklagen, Trübsinn standen im Vordergrunde. Schon nach acht Tagen jedoch traten schwerere Verwirrtheit und Zusammenhangslosigkeit seiner Reden auf, was zu dem gewöhnlichen Bilde einer einfachen Melancholie nicht passt. In diesem Stadium kann der Zustand als ängstliche Verwirrtheit bezeichnet werden, wobei die Verwirrtheit das Wesentlichste ist und die Aengstlichkeit gewissermaassen diesem Grundzuge nur eine bestimmte Färbung verleiht. Aber auch dieser Zustand erweist sich nicht als das Charakteristicum des ganzen psychologischen Bildes, sondern als Uebergangsstadium in einer sehr raschen Entwickelung. Nach wenigen Tagen schon bot der Kranke das Bild des Stupors mit Nahrungsverweigerung. Antworten waren fast gar nicht aus ihm herauszubringen. Nun kann kein Zweifel sein, dass es rein functionelle Geistesstörung mit diesem enorm raschen Verfall in Stupor giebt. Es ist jedoch ein Punkt in der Krankengeschichte nicht genügend berücksichtigt, ob nämlich in diesem Stupor, in welchem doch wenigstens einige Antworten zu erhalten gewesen sind, sich stärkere Intelligenzstörungen geltend machten.

Es zeigt sich sehr häufig bei dem rein functionell bedingten Stupor, dass, wenn man sehr eindringlich frägt, das Vorhandensein von Verstandesthätigkeit nachgewiesen werden kann, während bei dem durch organische Gehirnkrankheiten, speciell progressive Hirnparalyse und Tumor cerebri bedingten Stupor, sich bei mühevoller Untersuchung überraschende Intelligenzstörungen zeigen. Ich erinnere hier an den oben bei Behandlung der progressiven Paralyse analysirten Fall (N.), in welchem rein psychologisch der Nachweis geliefert werden konnte, dass der Stupor nur Theilerscheinung eines paralytischen Geisteszustandes war. Es wäre vielleicht im vorliegenden Falle, bei welchem später sicher ein Tumor cerebri nachgewiesen wurde, schon damals möglich gewesen, durch eine genauere Intelligenzunter-

suchung, welche allerdings bei solchen schwer antwortenden Kranken viel Zeit erfordert, die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf eine organische Hirnkrankheit als Ursache der Geistesstörung zu stellen.

Möglicherweise ist die Verwirrtheit und das Unzusammenhängende der Reden, welches im zweiten Stadium der Entwickelung des psychischen Krankheitsbildes hervorgehoben wurde, Theilerscheinung dieser bestehenden Intelligenzstörung gewesen.

Halten wir uns aber an den Thatbestand, dass eine derartige Prüfung nicht vorgenommen worden ist, so frägt sich nun, da zunächst eine organische Hirnläsion nicht in Frage kam, ob das Krankheitsbild als Componente des chronischen Alkoholismus, welcher feststeht, aufgefasst werden kann.

Dass an Stelle eines typischen Delirium tremens eine schwere hallucinatorische Verwirrtheit ohne Thiervisionen und Tremor auftreten kann, wird bei der Behandlung des Alkoholismus ausgeführt werden; aber die Gesammtheit des Krankheitsbildes beginnt mit melancholischen Versündigungsideen, führte dann erst zur Verwirrtheit. Stupor kommt wohl kaum als Theilerscheinung des chronischen Alkoholismus vor. Die diagnostische Frage lag also bei dem Mangel einer genauen Intelligenzuntersuchung so, dass man ohne Construction eines directen Zusammenhanges mit dem früher bestandenen chronischen Alkoholismus zunächst eine functionelle Geistesstörung von auffallendem Verlaufe annehmen musste.

Allerdings wäre noch wie bei allen solchen Psychosen von auffallendem Verlaufe bei Männern in mittlerem Lebensalter der Punkt sorgfältig zu erwägen gewesen, ob nicht eine progressive Paralyse vorlag. Hierfür scheint aber durchaus kein Anhaltspunkt gegeben gewesen zu sein, wenn man dies aus dem Fehlen einer betreffenden Notiz über Kniephänomene und Pupillen in diesem Stadium der Krankheit schliessen darf. Es frägt sich nun, ob in den weiterhin gemachten Beobachtungen über den Kranken ein Grund vorgelegen hat, an eine schwere organische Hirnläsion zu denken, wie sie sich später herausgestellt hat.

30. August. Wegen Nahrungsverweigerung mit der Schlundsonde gefüttert. Manchmal hat der Kranke hier und da etwas gesprochen, aber in völlig zusammenhangloser und verworrener Weise. Seine Nahrungsverweigerung war nicht constant, Kaffee pflegte er ohne Zurede zu trinken. — Im Laufe des Monats August war eine Besserung in Bezug auf seine Apathie zu bemerken; er steht manchmal auf Zureden vom Stuhl auf, nimmt die Mütze ab, bringt, allerdings mit tonloser Stimme, „guten Morgen“ heraus. Von Widerstand gegen passive Bewegungen aber nichts mehr vorhanden. Er liess seine Glieder in jede Stellung bringen, verharrte aber nach dem Loslassen nicht darin, sondern kehrte zur Normalstellung zurück. Er isst sehr langsam, aber ohne Widerstreben. Am 28. August vormittags stürzte er plötzlich ohne besonderen Anlass von seinem Stuhl zu Boden, lag eine Viertelstunde anscheinend bewusstlos in tonischem Krampf auf der Erde. Eine Stunde nach diesem Anfall konnte in seinem Benehmen durchaus keine Veränderung beobachtet werden. Nur war eine geringe Schlaffheit des rechten Armes im Verhältnis zum linken bemerkbar.

Mit diesem einzigen Anfall ist die diagnostische Frage in ein ganz neues Fahrwasser gekommen. Vorher wollen wir jedoch betrachten, ob sich aus der Veränderung des psychischen Bildes, auch abgesehen von diesem Anfalle, Schlüsse ziehen lassen würden.

Der früher vorhandene Zustand von Stupor hat sich dahin geändert, dass W. sich, ohne eine dauernde Gemüthsverstimmung zu zeigen, einfach

apathisch gegen die Aussenwelt verhielt. Am Anfang der klinischen Beobachtung ist bemerkt, dass er beim Verschwinden des Stupors manchmal sprach, aber in völlig zusammenhangloser Weise. Dieser weitere Verlauf des Stupors deutet nun entschieden auf bestehende Intelligenzstörungen, selbst wenn eine genaue Untersuchung darüber unterlassen worden ist. Der Kranke hätte in diesem Stadium mit dem Ausdruck blöd bezeichnet werden müssen. Jedenfalls giebt ein solcher Befund noch mehr Anlass, in derartigen Fällen das Bestehen einer progressiven Paralyse ins Auge zu fassen. Nun kommt der am 28. August beobachtete Anfall von Bewusstlosigkeit und Krämpfen hinzu, welcher ganz gut als paralytischer Anfall aufgefasst werden könnte.

Die auffallende Form der Geistesstörung, das mittlere Lebensalter bei einem männlichen Individuum, der Blödsinn, welcher nach einem unklaren, von Melancholie über Verwirrtheit in Stupor übergegangenen Krankheitsbilde auftritt, und schliesslich der „epileptische" Anfall mussten in der That die Annahme einer progressiven Paralyse nun nahe legen, beziehungsweise die Annahme einer organischen Hirnerkrankung, aus welcher sich die Summe von Symptomen ableiten liess.

Dabei musste besonders noch die Möglichkeit in Betracht gezogen werden, dass es sich um eine genuine Epilepsie handelte, bei welcher protrahirte Geistesstörungen sehr complicirter Art entweder von epileptischen Anfällen begleitet oder ohne solche als psychische Aequivalente öfter vorkommen.

Nun war aber in der Anamnese durchaus nichts von genuiner Epilepsie zu ermitteln.* Allerdings kommt es vor, wie wir später ausführen werden, dass eine genuine Epilepsie gleich mit einer acuten Geistesstörung beginnt, aber diese Fälle sind verhältnismässig sehr selten, so dass sie zur Erklärung eines Falles wie des vorliegenden nur mit grosser Vorsicht herangezogen werden dürfen. Es war deshalb nach dem erwähnten Anfall viel wahrscheinlicher, dass es sich um eine organische Hirnerkrankung handelte, weshalb nun ein genaues Ermitteln von vielleicht vorhandenen cerebralen Herdsymptomen vor allem nothwendig war.

Zunächst hatte sich nach dem Anfall eine leichte Parese des rechten Armes gezeigt. Seit dem Anfall ass Patient beständig mit der linken Hand, der rechte Arm wurde allmählich immer kraftloser, dabei machte das psychische Verhalten Fortschritte. W. sprach zuweilen einige Worte und gab Antwort. Am 17. und 21. September, also circa 3 Wochen nach dem ersten Anfall, zwei gleiche Anfälle, wonach die schlaffe Lähmung des rechten Armes immer deutlicher hervortrat. Auch das rechte Bein wurde paretisch.

Es traten also immer mehr Erscheinungen hervor, welche auf die linke Hemisphäre als Sitz einer organischen Läsion deuteten. Es ist hier noch die Annahme eines apoplektischen Insultes als Ursache des ersten Anfalles zu erörtern. Die Annahme, dass es sich bei einem Manne im mittleren Lebensalter, welcher bei bestehender Geistesstörung einen „Schlaganfall" bekommt, um eine rein zufällige Complication handelt, ist viel unwahrscheinlicher, als dass der Geistesstörung und dem Schlaganfall eine gemeinsame Ursache (Paralysis progressiva, Epilepsie, Tumor cerebri etc.) zugrunde liegt. Durch das öftere Auftreten von „Schlaganfällen" wird

---

* Die Frage der Alkoholepilepsie lasse ich hier aus didaktischen Gründen, um die Sache nicht zu sehr zu compliciren, bei Seite und verweise auf das Capitel Epilepsie.

aber die Auffassung dieser als Folge von Hirnblutungen bei einem Manne in mittlerem Lebensalter ganz hinfällig, besonders wenn sie symptomatisch so ähnlich sind wie im vorliegenden Falle. Denn wenn wirklich mehrfache Blutungen vorkommen sollten, so könnten sie nicht an derselben Stelle geschehen. Die symptomatische Gleichartigkeit solcher Anfälle ist also ein Indicium gegen die apoplektische Natur derselben.

Welche Art von cerebraler Erkrankung kann nun ihrer Natur nach mehrfache Anfälle von gleichem Charakter am leichtesten auslösen und dabei allgemeine Intelligenzstörung bedingen? Jetzt liegt nun in der That die Annahme eines Tumor cerebri am nächsten, welcher einerseits durch seine allgemeine Druckwirkung diffuse Hirnstörungen veranlassen kann, andererseits durch Fernwirkung auf benachbarte motorische Centren mehrfache einander ähnlich sehende „Schlaganfälle" auslösen kann.

Bei dieser diagnostischen Sachlage hätte nun unbedingt der Augenhintergrund untersucht werden müssen, worüber sich keine Notiz vorfindet. Ich gebe nun kurz den Verlauf bis zum Exitus letalis:

7. und 11. October. Anfälle mit zuerst rechtsseitigen, dann beide Seiten befallenden Convulsionen und viertelstündiger Bewusstlosigkeit. „Er befindet sich in einem Zustande, wo fast von gar keiner Spontanëität die Rede sein kann. Auf einfache Fragen antwortet er richtig, aber mit unendlicher Trägheit. Seine Stimmung ist nicht mehr die tief deprimirte wie früher, sondern mehr der Ausdruck eines Gefühles allgemeiner Hilflosigkeit."

Diese letzteren Notizen über den Geisteszustand scheinen mir nun den Angelpunkt zu bieten, an welchem die Möglichkeit einer psychologischen Differentialdiagnose hängt. Da allgemeine Zeichen von Stupor, mit welchem Verlangsamung des Gedankenablaufes verknüpft sein kann, längst fehlten, so musste jetzt besonders nach den vorangegangenen Krampfanfällen die grosse Trägheit des Gedankenablaufes auffallen. Die Verlangsamung des Vorstellungsablaufes ist eine der oft vorhandenen charakteristischen Allgemeinerscheinungen bei Tumor cerebri, welche trotz der symptomatisch an functionelle Psychosen erinnernden Form der Erkrankung die Annahme einer organischen Hirnerkrankung nahelegt.

Es traten nun noch immer mehr die Diagnose sichernde Symptome auf. Am 30. October: Tic convulsif der rechten Gesichtshälfte. Darauf Bewusstlosigkeit und Krämpfe der rechten Körperhälfte. Allmählich rückten die cerebralen Herdsymptome, deren genauere Analyse hier nicht unsere Aufgabe ist, immer mehr in den Vordergrund, während die Benommenheit immer deutlicher wurde.

Am 7. December, also circa 7 Monate nach der Aufnahme, Exitus letalis durch Hirntod. Bei der Section fand sich „in der linken Seitenwandgegend" ein prominirender, grauröthlicher, circa 8 Cm. breiter Tumor, welcher circa 5·5 Cm. tief von der Oberfläche in das Centrum Vienssenii vorgedrungen war (Glioma teleangiectaticum cerebri).

Es hat also hier notorisch ein Tumor cerebri vorgelegen, während zuerst eine rein functionelle Psychose angenommen worden war. Die Krampfanfälle sind durch den Tumor genügend erklärt. Ebenso die fortschreitenden Intelligenzstörungen. Es frägt sich nur, wie weit man die Wirkung des Tumors auf den psychischen Allgemeinzustand zurückverlegen darf. Zunächst muss entschieden die Annahme, dass die früher vorhandene „alkoholistische" Störung damit in Zusammenhang stehe, abgelehnt werden. W. wäre auch Alkoholist gewesen, wenn er keinen Tumor gehabt hätte.

Wohl aber muss man die rasch in Stupor und Blödsinn überführende Geistesstörung in diesem Falle als eine psychische Begleiterscheinung der cerebralen Veränderungen durch den Tumor cerebri auffassen. Den Ausschlag für die Diagnose kann, wenn Stauungspapille und cerebrale Herdsymptome fehlen, nur eine genaue Intelligenzuntersuchung geben.

Der zweite Fall, welcher mir actenmässig vorliegt, ist ebenfalls schon literarisch behandelt worden (cfr. l. c. pag. 753).

Kaspar Sebold, Bauer, im 37. Jahre aufgenommen am 18. Februar 1880. Von zwei Geschwistern des Patienten, die vollkommen gesund sind, hat ein Bruder ein an Krämpfen leidendes Kind, das, drei Jahre alt, noch nicht gehen kann. Als Kind hatte S. das „Gefraisch" sehr stark, fiel manchmal wie todt hin. Im 17. Jahre bekam er in der Kirche einen Krampfanfall und wurde bewusstlos hinweggebracht. Seitdem keine Krämpfe mehr, aber er war geistesschwach, hatte kein Gedächtnis; — war in Geldsachen sehr leichtsinnig, so dass er sein Vermögen durchbrachte. Seit 14 Jahren verheiratet. 5 Kinder, von denen 4 im Alter von 1—12 Jahren leben. Herbst 1879 Verschlimmerung. Anfangs Februar 1880 wurde er tobsüchtig, ass und trank 3 Tage nichts. Auf dem Transport ins Spital heulte er fortwährend, rief besonders immer „Wasser". Bei der Aufnahme in tiefster Verwirrung mit ängstlicher Erregung. Er spricht kein articulirtes Wort, sondern stöhnt und wimmert beständig. Dabei sehr marastisch im Verhältnis zum Lebensalter. Am 29. Februar, nachdem er noch keine zusammenhängenden Worte vorgebracht hatte und völlig verwirrt geblieben war, Exitus letalis.

Bei der Section zeigte sich an der rechten Hemisphäre an der Grenze des Hinterhauptlappens eine 7 Cm. lange und $5^1/_2$ Cm. breite Schwellung der Gyri. Der Durchschnitt ergiebt eine fast runde Form der Geschwulst, welche continuirlich in das Gewebe weitergeht (Gliom).

Hier kann nun kein Zweifel sein, dass die circa 3—4 Wochen vor dem Exitus letalis aufgetretene Geistesstörung, welche als Tobsucht mit bald folgender schwerer Verwirrtheit zu bezeichnen ist, unmittelbar zu den Symptomen der schweren organischen Hirnläsion gehört. Im Hinblick auf den vorhergehenden Fall ist das wiederholte Auftreten von Verwirrtheit sehr bemerkenswerth.

Räthselhaft bleibt in der Krankengeschichte jedoch das Auftreten eines anscheinend epileptischen Anfalles im 17. Jahre, also 20 Jahre vor Auftreten der durch den Tumor bedingten Geistesstörung. Da wir jedoch hier den Nachdruck auf das Vorkommen acuter Geistesstörungen im Laufe der Entwickelung eines Tumor cerebri legen, so können wir die Erörterung über das Auftreten dieses rein neurologischen Symptomes beiseite lassen.

Die dritte Beobachtung, welche mir besonders für die Differentialdiagnose wichtig zu sein scheint, ist folgende (eigene Beobachtung):

K. Schw., Kaufmann, 43 Jahre alt, zeigt seit einigen Monaten ein niedergedrücktes Wesen, redet wenig, ist ganz apathisch, vernachlässigt sein Geschäft. Bei der Untersuchung (Mai 1893) ist er kaum zu einer Antwort zu bringen. Alle Antworten kommen sehr langsam heraus. Der Kranke macht viele Rechenfehler, ist sehr vergesslich. Dadurch wurde der Gedanke an eine progressiv-paralytische Erkrankung nahegelegt, jedenfalls musste an eine organische Hirnläsion gedacht werden. Bei genauerer Prüfung, welche durch seinen stuporösen Zustand sehr erschwert wird, zeigt sich völlige Agraphie, partielle Alexie und Hemianopsie für rechts. Ferner zeigten sich, abgesehen von der allgemeinen Verlangsamung der Reactionen, im Auffinden von Worten zu Gegenständen Lücken und Verlangsamung. Auf Paralyse deutende, tabische Symptome

fehlten. Es wurde ein Tumor in der Gegend des linken Gyrus supramarginalis und angularis angenommen. Operation wurde (nach genauer Erörterung der Localisationsfrage) vorgeschlagen, aber abgelehnt.

Nach 14 Tagen rechtsseitige Hemiplegie und allgemeine Sehstörung neben der Hemianopsie (Stauungspapille), nach 6 Wochen Exitus letalis. Die Diagnose stimmte. — Das psychiatrisch Wichtige in diesem Fall ist die Thatsache, dass hier bei einem scheinbar functionellen stuporösen Zustande durch rein psychologische Untersuchung die Differentialdiagnose hätte gestellt werden können, selbst wenn die cerebralen Herdsymptome nicht vorhanden gewesen wären. Es ist sicher vorauszusagen, dass in einiger Zeit durch Ausbildung der Methoden der Intelligenzuntersuchung die Psychiatrie einen functionellen Stupor von einem durch organische Hirnläsion bedingten ebenso gut wird unterscheiden können, wie wir jetzt eine Intercostalneuralgie von den durch Pleuraexsudat entstehenden Schmerzen differenziren können. In manchen Fällen kann man es jetzt schon.

Von grosser praktischer Bedeutung ist die Thatsache, dass die Anfangssymptome von Hirntumoren manchmal die grösste Aehnlichkeit mit epileptischen haben. Wenn diese nach Kopfverletzungen auftreten, kann sich daran leicht die Frage der Verursachung durch den Unfall anknüpfen. Hierher gehört folgender Fall.

T. aus C., geb. 1875, aufgenommen in die psychiatrische Klinik zu Giessen am 18. August 1897. Hereditäre Belastung nicht nachzuweisen. Seit lange hatte er „schlechte Augen", ob Kurzsichtigkeit der Grund war, ist unbekannt. September 1896 glitt er bei dem Tragen eines Hafersackes auf einer Steintreppe aus, überschlug sich und fiel mit dem Hinterkopf auf. Er wurde nicht bewusstlos, hatte kein Erbrechen und keine Krampferscheinungen, litt jedoch seitdem häufig an heftigen Schmerzen im Hinterkopf.

Bis hierher ist in dem Zustand nichts enthalten, was auf eine organische Hirnkrankheit deuten könnte. Die Kopfschmerzen kommen nach Kopfverletzungen häufig als rein functionelle Störung zur Beobachtung.

Diese Auffassung schien um so mehr berechtigt, als nach einer unter der Diagnose „Neurasthenie" vollzogenen Behandlung in einer inneren Klinik die Beschwerden sich besserten, so dass er zu Hause wieder mitarbeiten konnte. Vor 14 Tagen trat gesteigertes Kopfweh, Uebelkeit, Erbrechen und Zuckungen auf. Diese Symptome, besonders die Zuckungen, steigerten sich manchmal und nahmen deutlich den Charakter von Anfällen an.

Fasst man lediglich diese Anamnese in das Auge, so war zu fragen, ob die anfänglich vorhandenen Kopfschmerzen sich zu einer ausgeprägten Neurose von hysterischem oder epileptischem Charakter entwickelt hätten, oder ob doch vielleicht infolge des Falles ein organisches Hirnleiden entstanden sei.

Bei der ersten Untersuchung in der Klinik zeigt sich folgender Befund:

Der Gang ist ausgesprochen ataktisch. Er vermag kaum einige Schritte allein zu gehen, macht, wenn er sitzt, mit den Händen choreatische Bewegungen, greift in der Luft umher, reibt sich an seinen Kleidern. Die Patellarreflexe sind gesteigert und von spastischem Charakter. Fussclonus nicht vorhanden. Kein Zittern der gespreizten Finger. Die Pupillen sind übermittelweit, reagiren etwas langsam. Die Sprache ist sehr schwerfällig und schleppend. Häufig macht er grössere Pausen, bevor er einzelne Worte vorbringt. Patient erscheint leicht benommen. Bei Gelegenheit des Badens zeigt sich die Unterkleidung mit Urin durchnässt, ohne dass Patient etwas vom Abgang des Urins gemerkt hat.

Der ganze Zustand macht im ersten Augenblick den Eindruck einer starken Alkoholwirkung. Jedoch erscheint diese bei den bestimmten Angaben des Vaters und bei der eigenartigen Entwickelung der Krankheit ausgeschlossen. Zudem fehlt das bei Alkoholisten häufige Zittern der Finger. Ferner erscheint der Pupillenbefund auf Reflexstörung verdächtig. Auch tritt der unwillkürliche Abgang von Urin häufig als Symptom schwererer Krankheit auf. Schliesslich ist die Abnormität der Sprache im Verhältnis zu der relativ geringen Störung des Bewusstseins zu stark. Zieht man diese Momente in Betracht, so ist ein alkoholistischer Zustand unwahrscheinlich und es tritt die grosse symptomatische Aehnlichkeit des Bildes mit epileptischen und paralytischen Zuständen immer mehr hervor. Allerdings ist für die Annahme eines paralytischen Zustandes das Alter des Mannes, 22 Jahre, auffallend gering, auch fehlen in der Anamnese die bei Paralytischen so häufigen Intelligenzstörungen. Somit war ein epileptischer Zustand am wahrscheinlichsten, falls sich ein organisches Hirnleiden, abgesehen von der schon abgelehnten Annahme einer progressiven Paralyse, ausschliessen liess. Jedenfalls muss in solchen Fällen der Augenbefund nach der functionellen und objectiven Seite hin genau geprüft werden.

Die Untersuchung ergiebt am 20. März Folgendes: Sehschärfe sehr herabgesetzt. Der Kranke liest die grösste Druckschrift der *Snellen*'schen Tafeln erst in ca. $1/2$ M. Entfernung. Es scheint bitemporale Hemianopsie vorhanden zu sein. Der Augenhintergrund zeigt Stauungspapille.

Damit war die Diagnose im Sinne eines Tumor cerebri entschieden und die epileptischen Zustände erschienen als Symptom der schon seit längerer Zeit im Wachsen begriffenen Hirngeschwulst. Es galt nun weiter, den Sitz dieser zu bestimmen. Bei der Augenuntersuchung schien neben der Sehschwäche, welche auf die Stauungspapille zurückzuführen war, beiderseits temporaler Gesichtsfeldausfall vorhanden zu sein, d. h. die nasalen Hälften beider Netzhäute mussten als gestört angenommen werden. Zur Erklärung dieser Erscheinung hätte man einen Tumor hinter dem Chiasma zwischen den Tractus optici, vermuthlich von der Hypophysis cerebri ausgehend, annehmen müssen, jedoch war einerseits das Untersuchungsresultat wegen der Benommenheit des Kranken zweifelhaft, andererseits traten eine Reihe von eigenartigen Erscheinungen auf, zu deren Erklärung die Annahme einer Geschwulst an dieser Stelle nicht auszureichen schien.

Ich gebe zunächst folgende Daten aus der Krankengeschichte:

Patellarreflexe gesteigert. Kein Fussclonus. Bauch- und Cremasterreflex nicht auslösbar. Pectoralisreflex sehr schwach, ebenso Biceps-Reflex. Tastempfindung auf der ganzen Körperfläche erhalten. Temperaturunterschiede werden nicht immer richtig angegeben. Zunge zeigt starkes fibrilläres Zucken. Nach Bestreichen der Haut lange anhaltendes vasomotorisches Nachröthen. Die Articulation ist stark behindert, abgesehen von der Langsamkeit des Sprechens.

Die willkürlichen Bewegungen haben einen choreatischen Charakter. Auch treten unwillkürliche Zuckungen auf, die sich steigern, sobald man mit ihm spricht. Dabei ist starke Ataxie vorhanden. Fordert man den Kranken auf, sich aufzurichten und zu erheben, so geschieht dies in äusserst langsamer und unbehilflicher Weise, derart, dass er zuerst in eine Querlage rutscht, sich dann mühsam mit den Armen in die Höhe arbeitet und endlich langsam zum Rand des Bettes rutschend sich schliesslich allmählich unsicher und mit den Füssen tastend auf

dieselben stellt; er macht dann einige Schritte in das Zimmer, fängt jedoch bald an zu wanken und würde ohne Unterstützung zu Boden fallen. Lässt man ihn die Augen schliessen, so steigert sich die Unsicherheit nicht weiter.

Der Ablauf der Krankheit zeichnet sich aus

1. durch anfallsartige Zustände nach Art der epileptischen,

2. durch weitere Entwickelung der Bewegungsstörungen,

3. durch die eigenthümliche Art von Demenz mit periodischen Schwankungen.

Diese drei Momente sind im einzelnen eng verbunden, so dass ihre gesonderte Darstellung unmöglich ist. Ich gebe folgenden Auszug aus der Krankengeschichte:

20. August. Bei dem Wege vom Closet zum Bett fällt er plötzlich, ohne einen Laut von sich zu geben, bewusstlos zur Erde, erholt sich jedoch rasch wieder. Zuckungen konnten dabei nicht beobachtet werden. Nach dem Anfall sehr schlaff. Vermag sich kaum zu bewegen und zu sprechen. — Feste Speisen kann der Kranke kaum schlucken. Er behält die Bissen oft sehr lange im Munde. Der Kranke macht andauernd einen benommenen Eindruck, ist schwer zu einer Antwort zu bewegen, zeigt sich aber bei intensivem Fragen orientirt. Die Antworten dauern langsam, sind kurz und schwer verständlich. Er stösst die Worte unbehilflich und misstönend hervor, verschluckt öfter die Silben, besinnt sich oft lange, bevor er zu sprechen imstande ist.

21. August. War nachts einmal nach Angabe des Pflegers ganz durcheinander, konnte nicht sein Bett finden. Sagte: „Ich bin ganz irr, führen Sie mich in mein Bett“, war so schwach dabei, dass er taumelte. Im Bett fuhr er mit den Händen an seinem Körper herum. Manchmal starke Somnolenz, wobei er so fest schläft, dass man ihm die Augenlider öffnen kann, ohne dass er aufwacht. Dabei zeigen sich die Pupillen sehr eng und erweitern sich etwas auf Lichteinfall.

22. August. Schläft viel, macht einen müden Eindruck, spricht spontan nichts. Redet man ihn an, so antwortet er auf alle Fragen mit schwerfälliger unarticulirter Sprache in einzelnen abgerissenen Worten, wobei er sich manchmal ziemlich lange bemüht, bis er den Ausdruck findet.

23. August. Stellt man Fragen an ihn, so arbeitet erst die Gesichtsmusculatur, die Bulbi gehen nystagmusartig hin und her. Dann erfolgt, gewöhnlich nach mehreren Ansätzen, endlich eine unbehilfliche kurze Antwort.

25. August. Hat gestern unter der Bettdecke masturbirt. Erzählt dem Pfleger, er fühle sich sehr schwach in den Beinen.

27. August. Spricht heute gar nicht. Die Intensität der choreatischen Bewegungen sowie die Häufigkeit derselben ist in den letzten Tagen erheblich geringer geworden.

Bei diesem Verlauf war die diagnostische Sachlage anfangs September 1897 folgende:

Aus den in der Klinik beobachteten motorischen Symptomen lässt sich ein Schluss auf die Erkrankung einer bestimmten Hirnstelle nicht machen. Die eigenthümlichen choreaähnlichen Bewegungen beziehen sich auf die verschiedensten Muskel- und Nervengebiete. Bald zuckt er mit den Beinen, wobei sehr wechselnde und complicirte Bewegungen auftreten, bald macht er Bewegungen mit den Händen, bald mit dem Kopf. Diese Erscheinungen haben viel mehr den Charakter einer allgemeinen Neurose nach Art von Chorea oder Hysterie.

Andererseits kann an dem Vorhandensein eines Tumor cerebri und an der Abhängigkeit des Symptomes von diesem kein Zweifel sein. Die stark ausgebildete Ataxie könnte vielleicht auf Betheiligung des Kleinhirns

gedeutet werden. Diese Annahme würde jedoch zur Erklärung der anderen Erscheinungen nicht ausreichen. Geht man lediglich von dem oben analysirten Augenbefund aus, so müsste der Tumor zwischen die Tractus optici localisirt werden. Sucht man daraus die anderen Symptome zu erklären, so müsste derselbe gross genug sein, um durch Fernwirkung oder Drucksteigerung sehr entfernte Hirnpartieen in Reiz-, resp. Lähmungszustände zu versetzen. Ein Theil der motorischen Erscheinungen liesse sich alsdann durch Druck auf die Hirnschenkel erklären. Auch passte die grosse Schlafsucht gut zu dieser Annahme. Bei der angenommenen Ausdehnung des Tumors würde jedoch unter allen Umständen totale Amaurose zu erwarten sein, die bisher nicht vorliegt. Es ist deshalb die Annahme eines Tumors an dieser Stelle ebenfalls nicht geeignet, die Gesammtheit von Erscheinungen zu erklären, wenn dieselbe auch die relativ wahrscheinlichste ist.

Aus dem Ablauf der Krankheit greife ich nur noch wenige Punkte heraus:

3. September. Oft unrein durch Koth und Urin. Macht einen somnolenten Eindruck, giebt jedoch auf Anrufen stets eine Antwort. Fragt heute spontan den Pfleger, ob es nicht bald Sonntag sei. An diesem Tage komme sein Vater.

4. September. Besuch des Vaters, den der Kranke sofort erkennt. Interessirt sich sehr für dessen Erzählungen, frägt nach Bekannten.

8. September. Klagt über Schmerzen im Hals und schluckt sehr schlecht, ohne dass eine objective Veränderung nachzuweisen wäre.

15. September. Die Augen zeigen conjugirte Deviation nach rechts mit nystagmusartigen Zuckungen nach links, dabei scheint das linke Auge manchmal nach innen unten abzuweichen. Der Kopf ist während einer langen Untersuchung immer nach rechts gedreht und weicht auch dann, wenn er passiv nach links bewegt wird, wieder nach rechts ab. Keine Nackensteifigkeit. Der linke Arm erscheint etwas schlaffer. Pupillenbefund gegen früher verändert. Die Pupillen sind abnorm weit, reagiren bei Lichteinfall deutlich, gehen jedoch sofort wieder in die Ausgangsstellung zurück (Sympathicusreizung?). Am Gesicht oft starke Röthung (Parese der Blutgefässmusculatur?). Am Hals seit einer Reihe von Tagen eine eigenartige Schwellung der Haut, die an Myxödem erinnert.

28. September. Die Sehschärfe ist bis auf Erkennen von Fingerbewegungen zurückgegangen.

3. October. Scheint völlig blind zu sein. Der Schluckact durch sofort einsetzende Würgebewegungen sehr erschwert.

6. October. Bringt öfter ganz unmotivirte Wünsche vor, will z. B. in das andere Bett gelegt sein.

12. October. Heute Mittag plötzlich sehr heftige Röthung des Gesichtes, oberflächliche Athmung, Temperaturmessung ergiebt 1 Uhr: 38·4 (!), 3 Uhr: 37·1, 5 Uhr: 37·3, 7 Uhr: 37·4, 9 Uhr: 37·2, 11 Uhr: 37·1, 1 Uhr: 36·8, 3 Uhr: 36·6, 5 Uhr: 36·9. Es handelt sich um einen anscheinend central ausgelösten Anfall von Fieber mit vasomotorischen Erscheinungen.

13. October. Stark geröthetes Gesicht, beschleunigte Athmung, sehr frequenter Puls. Temperatur 8 Uhr: 37·1, 11 Uhr: 37·3, 1 Uhr: 37·5, 4 Uhr: 38·3 (!), 6 Uhr: 38·1, 8 Uhr: 37·9, 10 Uhr: 37·9, 12 Uhr: 37·8, 3 Uhr: 37·1, 5 Uhr: 37·1.

14. October. Keine Fieberanfälle mehr, jedoch Puls beschleunigt, in dreistündigen Pausen gemessen: 134, 120, 115, 114, 110, 108, 108, 102.

15. October. Temperatur 8 Uhr: 36·2, 11 Uhr: 36·8, 2 Uhr: 36·8, 5 Uhr: 38·1 (!), 11 Uhr: 36·3, 2 Uhr: 36·3, 5 Uhr: 36·8. Interessant an den Ergebnissen der Temperatur- und Pulsmessung ist das regelmässige An- und Abschwellen. Eine Ursache dieser Erscheinungen in Form der Erkrankung eines extracerebralen Organes ist nicht zu finden.

21. October. Frägt heute spontan den Pfleger, wie die anderen Patienten hiessen, sagt, als er aufs Closet gesetzt wird, er wäre ganz irr gewesen, wüsste nicht, wo er sei.

26. October. Hebt man dem im Sopor liegenden Kranken die Augenlider in die Höhe, so zeigt sich Pupillendifferenz. Linke Pupille grösser als die rechte. Der Kranke verschluckt sich leicht und würgt stark. Oefter unrein. Manchmal onanistische Manipulationen.

27. October. Subnormale Temperatur und langsamer Puls. Temperatur 9 Uhr: 35·5, 1 Uhr: 36·1, 4 Uhr: 36·2, 7 Uhr: 36·1, 11 Uhr: 35·9, 2 Uhr: 36·0, 5 Uhr: 35·7. Puls zu den entsprechenden Zeiten 60. 62, 63, 62, 61, 60, 61.

30. October. Behält Bissen sehr lange im Mund und wirft sie dann in einem Hustenanfall heraus. Hatte einen Anfall von ca. 1 Minute Dauer, in dem er ganz steif war und laut stöhnte.

2. November. Gestern Abend 8¾ Uhr ein Anfall von der früheren Art. Ist mehrfach unrein. Hält die Augen meist geschlossen.

4. November. Will heute Nacht seine Kleider haben und nach Hause gehen.

9. November. Hat nachmittags einen anfallsartigen Zustand, athmet rascher, bläst und pustet. Das Gesicht ist stark geröthet, ebenso der rechte Arm und die rechte Hand. Vermag letztere nicht activ zu bewegen. Abends ein ähnlicher Zustand mit stärkeren Erscheinungen. Er bewegte die Augen hin und her, konnte kein Wort sprechen und zitterte am ganzen Körper. Dabei Pulsbeschleunigung. Anfangs schlug er mit den Händen um sich, dann lag er ganz starr da, schlief nach ca. 4 Minuten ruhig ein.

16. November. Bei Tage somnolent. Nachts schläft er nicht, ruft nach Vater und Mutter, sagt, sein Bett sei acht Tage noch nicht gemacht, wälzt sich unruhig hin und her, versucht dasselbe zu verlassen, hängt die Beine über den Bettrand. Mittags wieder ein krampfartiger Zustand. Stark geröthetes Gesicht. Ist besonders rechts völlig steif, zittert am ganzen Körper. Spricht nichts.

24. November. Eigenartige Anfälle mit vasomotorischen Erscheinungen. Circumscripte Röthung des Gesichtes. Vermehrte Salivation. Die Erscheinungen an den Extremitaten wechseln. Vermehrte Puls- und Athemthätigkeit.

5. December. Wälzt sich unruhig im Bett hin und her, stöhnt ab und zu laut. Arme und Beine sind zeitweise gekrümmt und völlig steif, so dass sie kaum passiv gerade gestreckt werden können.

18. December. Bei Aufheben der Bettdecke zeigt sich das Glied meist erigirt.

23. December. Zunehmende Abmagerung. Patient vermag öfters trotz mehrfachen Ansetzens kein Wort hervorzubringen.

12. Januar. Psychisch etwas besser. Streckt die Beine aus dem Bett, er sei jetzt lange genug hier und wolle jetzt einmal nach Hause. Es sei schon ein Jahr herum, seit er zu Hause weg sei (aufgenommen 18. August 1897). Er weiss, dass seine Kleider vom Oberpfleger aufgehoben sind.

20. Januar. Die Besserung hält an. Er spricht in etwas schwerfälliger Weise über alles mögliche, giebt Auskunft, zeigt sich theilweise über seine Umgebung und seine Bettnachbarn orientirt.

22. Februar. Völlig orientirt. Frägt, ob er sein Augenlicht wieder bekommen werde. An den unteren Extremitäten tritt eine starke Atrophie der gesammten Musculatur hervor.

Diese psychische Besserung ist besonders im Hinblick auf die epilepsieähnliche Beschaffenheit vieler anderer Symptome von Interesse, da gerade epileptische Geistesstörungen solche periodische Schwankungen oft zeigen. Es konnte jedoch im Hinblick auf die ganze Kette von Erscheinungen, besonders vasomotorischer, musculärer und trophischer Art, an der weiteren Entwickelung der Geschwulst nicht gezweifelt werden.

20. März. Glaubt fest an seine Genesung. Verspricht den einzelnen Pflegern, er wolle ihnen seine Heimat zeigen, wenn sie ihn später einmal besuchen, macht Witze, lacht, interessirt sich für die Vorgänge in seiner Umgebung.

15. April. Klagen über starke Kopfschmerzen. Zunahme der Atrophie und spastischen Contractur der Beine.

25. April. Schmerzempfindung in den Beinen. Liegt zusammengekrümmt im Bett. Vermag sie nicht wieder zu strecken.

23. April. Nachmittags 5 Uhr ein Anfall, ist dabei völlig starr und unbeweglich. Deutet abends gegen eine Ecke des Wachsaales und frägt, was dort für ein Schrank sei. Giebt an, er habe ganz deutlich einen Schrank gesehen, mit Aufsatz und Glasfenstern. Da er seit December 1897 ganz amaurotisch ist, muss eine reine Sinnestäuschung, vielleicht infolge von Druck der Geschwulst auf die centralen optischen Leitungen, vorgelegen haben.

27. April. Nachmittags Anfall. Zittern am ganzen Körper und Schweissausbruch. Klagen über heftige Schmerzen in den Kniegelenken, die sich immer mehr contracturiren.

28. Mai. Stärkere Schmerzen im linken Bein. Der linke Unterschenkel beträchtlich dünner als der rechte. Anästhesie und Analgesie der linken Gesichtshälfte.

28. Mai. Wieder zunehmende Sprachstörung. Steigerung der Schlingbeschwerden. Stärkere Unbesinnlichkeit. Sagt zu dem Pfleger: „Tragt mich doch nach oben in mein rechtes Bett, wo ich früher gelegen habe, ich bin doch hier in keiner Klinik. Ich bin doch in Butzbach.“ Versucht aus der Urinflasche seinen Harn zu trinken.

1. Juni. Nachmittags ausgesprochene Nackensteifigkeit, so dass der Kopf völlig nach hinten gezogen war. Stärkere Salivation. Beständiger Nystagmus.

9. Juni. Krampfanfall mit tonischer Contractur der Nackenmusculatur, Deviation des Kopfes und der Augen nach links, Verengerung der Pupillen und spastische Contractur des linken Armes im Ellbogengelenk, darauf soporöser Zustand. Steigerung des Kniephänomens, Fussclonus. Profuse Schweissabsonderung. Puls 124.

11. Juni. Soporös. Auf Fragen keine Antwort. Nachmittags äussert er ganz unerwartet: „Ich war auf dem Niederwald bei dem Denkmal, es war doch wirklich schön dort.“ Starke Athemnoth. Puls klein, = 124 in der Minute. Erkennt den ihn besuchenden Vater nicht mehr an seiner Stimme. Nachmittags profuser Schweiss. Temperatur von mittags 12 bis abends 8 Uhr zwischen 38·2 und 38·7°.

12. Juni. Völlig komatös. *Cheyne-Stokes*'sches Athmen. Von früh 9 Uhr an Agonie. Exitus letalis abends 7½ Uhr.

Ueberblickt man den Verlauf, so fallen neben den oben namhaft gemachten Momenten die zunehmenden Störungen von Seiten der Extremitäten, besonders der unteren, in das Auge, während die im Anfang vorhandenen choreatischen Erscheinungen in den Hintergrund getreten sind. Dieser Verlauf konnte auf eine zunehmende Betheiligung der Hirnschenkelgegend deuten, welche bei dem Sitz der Geschwulst zwischen den Tractus optici erklärlich wäre. Andererseits schienen die partiellen Störungen im Trigeminusgebiet und die conjugirte Deviation der Augen eine andere Erklärung zu verlangen und mehr auf die Gegend der Vierhügel und des Pons zu deuten. Ebenso konnten die ganz auffallenden vasomotorischen Störungen aus dem Druck auf die Hirnschenkel kaum abgeleitet werden. Zudem verlangten die epilepsieähnlichen Anfälle einen besonderen Erklärungsgrund. Es schienen also, wenn man die Entwickelung der Localdiagnose verfolgt, wesentlich von der Störung betroffen: Tractus optici, Hirnschenkel, Vierhügel, Kleinhirn, Pons. Ob der primäre

Sitz wirklich an der Basis in der Zirbeldrüse lag, war bei dieser Ausdehnung der functionell geschädigten Partieen zweifelhaft, besonders da die

Fig. 14 *a*



anfangs festgestellte temporale Hemianopsie vielleicht als Untersuchungsfehler aufgefasst werden konnte.

Fig. 14 *b*.



Es wurde also ein Tumor in der mittleren Hirnpartie in der Nähe der Vierhügel angenommen, während neben dieser Annahme die Localisation an der Basis, speciell an der Hypophyse, am wahrscheinlichsten war.

Die Section löste das diagnostische Räthsel in folgender Weise:

An Stelle der Zirbeldrüse wölbt sich (s. Fig. 14*a*) eine knollenähnliche Geschwulst (Sarkom?) vor. Das Chiasma ist nach vorn verschoben und reitet auf der Geschwulst. Diese drückt seitlich gegen die Hirnschenkel, nach rückwärts gegen den Pons. Bei der Untersuchung des Gehirns von oben (Figur 14*b*) zeigt sich nach dem Zurückschlagen des Balkens, den Vierhügeln dicht anliegend, eine kugelige Geschwulst, welche mit dem basalen Tumor in directem Zusammenhang steht. Es handelt sich also um einen Hypophysistumor, der nach hinten oben zwischen die grossen Ganglien gewachsen ist und die Vierhügel von unten und vorn drückt.

Der Befund zeigt, dass die eigenartigen klinischen Erscheinungen thatsächlich aus der Schädigung mehrerer in der mittleren Partie des Gehirns gelegenen Organe herzuleiten sind, wenn auch der Ausgangspunkt im Sinne der anfänglichen Diagnose zwischen den Tractus optici in der Zirbeldrüse gesucht werden muss.

Der Fall bekam dadurch ein erhöhtes praktisches Interesse, dass die Frage nach der Verursachung durch den Unfall entschieden werden musste. Das Gutachten führte im wesentlichen Folgendes aus:

Die Krankheitserscheinungen des T. bilden eine zusammenhängende Kette, welche sich bis zu dem actenmässig erwiesenen Unfall (Sturz auf den Hinterkopf) zurückverfolgen lässt, während T. vor diesem frei von Beschwerden war. Nach einem Vorstadium von nervösen Symptomen, die vor der Aufnahme in die Klinik epileptischen Charakter annahmen, musste die Diagnose wegen der auftretenden Stauungspapille auf eine Hirngeschwulst gestellt werden. Die Section hat eine Geschwulst der Hypophysis cerebri (Sarkom?) mit Entwickelung nach hinten oben bis zu den Vierhügeln ergeben. Die Geschwulst sitzt also nicht genau unter der Stelle, welche von dem Unfall unmittelbar betroffen ist. Ich halte es jedoch für zweifellos, dass eine Erschütterung des Kopfes die Entwickelung einer Geschwulst an einer nicht unmittelbar unter der Stelle der Einwirkung liegenden Partie bedingen kann. Zieht man dabei in Betracht, dass die Erscheinungen in Form einer zusammenhängenden Reihe sich seit dem Unfall zeigen, so muss es jetzt, nachdem der Unfall selbst zeugenmässig erwiesen ist, als sehr wahrscheinlich bezeichnet werden, dass die Entwickelung der fortschreitenden Krankheit (Hirngeschwulst mit symptomatischer Geistesstörung), welcher T. am 12. Juni 1898 erlegen ist, durch den im September 1896 erlittenen Unfall bedingt ist.

Apoplexie und Erweichung.

Ebenso wie bei Tumor cerebri können bei Hirnblutungen und Erweichungen, mögen sie traumatisch oder infolge von selbständiger Gefässerkrankung entstanden sein, abgesehen von den Herdsymptomen, Formen von Geistesstörung auftreten, welche mit manchen Bildern aus dem Gebiet der functionellen Geisteskrankheiten die grösste Aehnlichkeit haben. Bei Hirnblutung kommt manchmal infolge der allgemeinen plötzlichen Drucksteigerung zunächst ein Zustand von schwerer Bewusstlosigkeit mit allgemeinen Krämpfen zustande, der einem epileptischen Anfall völlig gleichsieht. Auch kann sich der Uebergang zum klaren Bewusstsein ähnlich gestalten wie das Erwachen aus einem epileptischen Dämmer-

zustande. Allerdings wird sich die Diagnose auf einen apoplektischen Anfall in solchen Fällen nach dem Aufhören der allgemeinen Krämpfe meist aus dem Zurückbleiben von isolirten Lähmungen, besonders an den Extremitäten, stellen lassen. Dabei kommt in Betracht, dass die Gegend der inneren Kapsel und der motorischen Centren, von wo Lähmungen ausgelöst werden, relativ häufig von den Blutungen betroffen wird.

Neben diesen rasch vorübergehenden epilepsieähnlichen Erscheinungen tritt jedoch nach apoplektischen Anfällen gelegentlich länger dauernde Geistesstörung in Form von Verwirrtheit mit heftiger Erregung auf. Ist in solchen Fällen eine isolirte Lähmung infolge des Sitzes des Herdes, z. B. in der hinteren Partie der rechten Hemisphäre, wenig ausgeprägt oder garnicht vorhanden, so kann diese organisch bedingte Form der Geistesstörung, die in ihren Symptomen grosse Aehnlichkeit mit der reinen Verwirrtheit hat, leicht mit dieser verwechselt werden. Wichtig für die Diagnose ist in solchen Fällen der Befund am Arteriensystem, welches bei apoplektisch entstandenen Geistesstörungen meist atheromatöse Veränderungen aufweist, ferner die Art des Beginnes, bei welchem infolge der Drucksteigerung im Gehirn meist Krampferscheinungen auftreten, selbst wenn keine Lähmungen zurückbleiben. Schliesslich kommt in Betracht, dass, selbst wenn keine isolirten motorischen Symptome vorhanden sind, sich meist andere Herdsymptome nachweisen lassen, die auf eine organische Ursache der Störung deuten.

Ausser Verwirrtheit und Erregungszuständen kommen manchmal besonders in höherem Alter infolge von Erweichungsherden eigenartige Formen von Demenz zur Beobachtung, welche infolge von begleitender Depression oder von eigenartigen Muskelspannungen mit melancholischen oder katatonischen Zuständen grosse Aehnlichkeit haben. Die an Katatonie erinnernden Muskelspannungen scheinen bei organischen Hirnkrankheiten besonders in den Fällen aufzutreten, in denen die Erweichungsherde nicht in den motorischen Hirnpartieen selbst, sondern in deren Nähe nach vorn im Stirnhirn oder nach rückwärts vom Gyrus supramarginalis sitzen.

Als Beispiel für die eigenartigen Formen von Demenz bei Erweichungsherden gebe ich folgenden Fall:

F. J. aus J., geb. April 1818, aufgenommen in die psychiatrische Klinik zu Giessen am 25. Juni 1896. Aengstliche Grundstimmung. Sie ist völlig verständnislos für Fragen und die mit ihr vorgenommenen Handlungen. Während der Untersuchung stöhnt sie beständig, äussert fortwährend Kältegefühl. Ist beständig in Furcht, dass etwas Unangenehmes mit ihr vorgenommen wird.

In körperlicher Beziehung ist hervorzuheben: Starke Atheromatose der fühlbaren Arterien. Pupillenreaction vorhanden trotz des hohen Alters, Kniephänomene auszulösen, etwas schwach. Auffallend sind eigenartige Spannungszustände an den Händen. Die vorderen Phalangen des zweiten bis fünften Fingers links und des dritten und fünften Fingers rechts sind übermässig gestreckt. Ausserdem ist eine Hyperextension der proximalen Phalangen an den entsprechenden Fingern der rechten und linken Hand bemerklich. Der Befund spricht für abnorme Spannungserscheinungen in einzelnen Nervengebieten beider Hände. Die Finger zeigen kein Zittern. Dagegen fällt manchmal ein Tremor des Kopfes in das Auge.

Es war also zunächst ein Zustand von Demenz mit depressiver Stimmung und eigenartigen Muskelerscheinungen festzustellen neben ausgeprägter Atheromatose. Bei dieser Sachlage wurde als wahrscheinlich

angenommen, dass es sich nicht um eine einfache senile Demenz oder einen Depressionszustand im hohen Alter handele, wie solche mehrfach mit günstigem Verlauf vorkommen, sondern um eine symptomatische Psychose bei einer organischen Hirnkrankheit (Erweichungsherde). Demgemäss wurde eingehend auf das Vorhandensein anderer Herdsymptome geprüft. Dabei stellte sich Folgendes heraus:

Sie benennt mehrfach Gegenstände falsch oder garnicht, z. B.: Schlüssel: Axt; — Messer: Ich weiss, was es ist, kann es aber nicht nennen; — Hut: Es ist e Schachtel, e Hutschachtel; — Strumpf: Das ist, wo man anthut. ein Rock, ein Säckchen zum anziehen, ein Söckchen. (auf den anderen Strumpf weisend:) das gehört dazu: — Trauring: das kann ich gar nicht sagen; — Markstück: Das ist Geld; — Wie viel? Eine Mark; — Geldbeutel: Das ist auch Geld; — Kopfbürste: Ich kann das Ihnen gar nicht sagen; — Puppe: Das ist gelb und Papier, ich kann's nicht aussprechen; — Tasse: Sie weiss zuerst keinen Namen, auf Vorsagen „Kaffee-“ sagt sie „Kännchen“; — Semmel: Das ist so ein Kaffeekännchen, Kännchen, daraus trinken kann man nicht, aber doch essen, das nennt man Kaffeekännchen; — Kamm: Nanu das steckt man auch raus, da kann man heraus sticken, nadle wie man will; — Taschenmesser: Das ist ein Kniep; — Streichholz: Das ist ein Hang, so ein Knopf; — Schwamm: Das ist ein Knopf; — Buch: das ist ein Kniep.

Somit waren sensorische Störungen der Sprache speciell in Bezug auf Gegenstandsbenennung mit Wiederholung von Worten an falscher Stelle (z. B. Knopf, Kniep) nachgewiesen, wodurch die allgemeine Diagnose einer organischen Hirnstörung eine besondere Richtung auf die Gegend des linken Gyrus supramarginalis bekam, wenn sich hieraus auch die Gesammtheit der motorischen Störungen nicht ableiten liess. Zudem wurde das Bestehen von Hemianopsie immer wahrscheinlicher:

Bewegt man die Faust ruckweise von der linken Seite gegen das Auge, so zeigt sich reactiver Lidschluss. Bei der entsprechenden Bewegung von rechts keine Reaction. Es scheint Hemianopsie für rechts, also Störung der linken Netzhauthälften vorzuliegen, was zu der Annahme eines Herdes im linken Hinterhauptlappen stimmte.

Aus dem Ablauf der Krankheit greife ich nur folgende Momente heraus:

28. Juni. Nachts häufig unruhig, wirft sich im Bett umher, stöhnt und jammert viel, meist weinerlicher Stimmung. Muss sehr oft Urin lassen.

1. Juli. Es fällt ein stärkerer Tremor der Hände und des Kopfes auf.

29. August. Patientin hatte heute einen leichten Anfall von Muskelzuckungen. Der rechte Arm war etwa fünf Minuten lang in beständiger zuckender Bewegung. Sie bleibt heute im Bett, ist sehr ängstlich und friert stets, fasst dann die Hände des Arztes, jammert mit weinerlichem Gesicht. „Ach Gott, ach Gott, was haben Sie für warme Hände.“

Aus der Zeit vom 1. bis 20. September. Sie erinnert sich stets nur der Dinge, die in allerjüngster Vergangenheit sich begeben haben, weiss nach einer Stunde nicht mehr, was sie gegessen oder ob sie überhaupt gegessen hat. Fragt man sie nach ihren Lebenserinnerungen, so antwortet sie meist: „Ich weiss es nicht, liebes Kind.“ Sie verwechselt öfter die Tageszeiten, so frägt sie mittags: „Wird es nicht bald dunkel werden, wir müssen doch schon Nacht haben.“ Ausserordentliche Rührseligkeit. Mangel an räumlicher Orientirung. Sie verläuft sich sogar im Wachsaale, weiss ihr Bett nicht zu finden, wenn man sie nicht dirigirt.

30. September. Nachdem Patientin heute noch mit Appetit Mittag gegessen hat. sank sie um halb 2 Uhr nachmittags plötzlich zusammen, ohne jedoch umzufallen. Dabei zittert sie lebhaft an allen Gliedern, namentlich wurden Zuckungen, besonders Stossbewegungen am rechten Arm wahrgenommen. Die Bulbi

wichen nach rechts ab. Die Kranke jammerte dabei: „Ach ich muss sterben. Kinder lasst mich doch heim, thut mir nichts an.“ Ferner behauptete sie, nichts mehr sehen zu können, es erscheine ihr alles schwarz vor den Augen. In die Mitte des Zimmers gestellt, wurde sie wieder ängstlicher, zitterte stärker, tastete mit den Händen in der Luft umher.

1. October. Sehr ängstlich, weint und jammert viel. Erscheint völlig blind. Klagt viel über Kopfweh. Beim Stehen und Gehen äusserst unsicher auf den Beinen, zittert an allen Gliedern. Bei längerem Stehen droht sie umzufallen.

4. December. Nach fast schlafloser Nacht verändertes Aussehen. Starrer Gesichtsausdruck, kühle, leicht cyanotische Extremitäten. Subnormale Temperatur. Puls klein, schwach, zuweilen aussetzend. Das rechte Augenlid hängt etwas herab. Beim Aufrichten fällt sie nach links hinüber, ebenso hängt sie im Bett nach der linken Seite. Klagt über Schmerzen im linken Bein. Sprache schwerfällig, lallend. Abends liegt sie mit starrem Gesichtsausdruck da, es fällt besonders die Schiefstellung des Mundes auf, wobei der rechte Mundwinkel hochgezogen ist, bezw. der linke herabhängt. Deutliche conjugirte Deviation nach rechts.

Es sind also Erscheinungen aufgetreten, welche sich nicht zusammenfassend aus einem Herd in der linken Hemisphäre erklären lassen, sondern in Verbindung mit den schon anfangs vorhandenen Spannungserscheinungen der linken Hand auf die rechte Hemisphäre deuten. Dabei ist das Auftreten von völliger Amaurose nach anfänglicher Hemianopsie für rechts bemerkenswerth. Es werden also zwei Herde, vermuthlich im linken und rechten Hinterhauptlappen, angenommen.

Der Krankheitsverlauf ist durch eine Reihe von mehr oder weniger starken apoplektischen Anfällen gekennzeichnet.

15. December. Liegt fortwährend im Halbschlaf mit geschlossenen Augen. Die Gesichtszüge starr, die Wangen eingefallen. Ab und zu wälzt sich Patientin unruhig im Bette umher, zupft an der Bettdecke, macht Wischbewegungen mit dem rechten Arm. Schluckt fast gar nicht mehr. Starke Cyanose der Extremitäten.

18. December. Ganz reactionslos. Fortwährendes Stöhnen. Schlucklähmung. Arme und Beine sind schlaff. Temperatur subnormal.

19. December. Nachts $12^1/_2$ Uhr Koma. Puls sehr schwach, klein, beschleunigt. Athmung beschleunigt. 4 Uhr früh Exitus letalis.

Die letzte Periode vom 15. bis 19. December zeigte eine fast völlige Ausschaltung der Bewusstseinsvorgänge mit allmählicher Lähmung der Medulla oblongata. Der Verlauf passt zu der anfänglich gestellten Diagnose. Es werden mehrfache Hirnherde mit starker Betheiligung der linken Hemisphäre vom Gyrus supramarginalis nach rückwärts, speciell des linken Hinterhauptlappens, neben einem späteren Herd im rechten Hinterhauptlappen angenommen.

Die Section ergab im Hinblick hierauf Folgendes: Die Arterien der Hirnbasis stark sklerosirt. Carotiden klaffend, weisslich-sehnig verfärbt, hart. Die beiden Hinterhauptlappen an der Spitze gelblich verfärbt und leicht eingesunken. An der linken Hemisphäre findet sich ein fast an dem hinteren Ende des Hinterhauptlappens beginnender 6 Cm. langer Erweichungsherd, mit gelbbräunlich verfärbter Oberfläche. Dieser Partie entspricht eine Grube, in die sich die linke Kleinhirnhemisphäre einbuchtet. In dieser Gegend ist die ganze Rindensubstanz zerstört. In der unteren hinteren Partie des rechten Hinterhauptlappens ist eine etwa $1^1/_2$ Cm. im Durchmesser messende Stelle stark gelblich verfärbt. Von dieser Partie nach vorn ist eine Windung leicht gelblich verfärbt. Thrombose des Sinus longitudinalis und des rechten Sinus transversus. Doppelseitige Pachymeningitis chronica interna.

Das Wesentliche ist, dass neben einem älteren ausgedehnten Herd im linken Hinterhauptlappen ein frischer, zum Theil hämorrhagischer Herd in der Spitze des rechten Hinterhauptlappens vorliegt.

Die anfängliche Auffassung der Geistesstörung als einer symptomatischen infolge von apoplektischen und thrombotischen Vorgängen ist also durch den Verlauf und den Sectionsbefund bestätigt worden. Diese Fälle sind klinisch besonders wichtig, weil sich bei ihnen manchmal die Zusammensetzung eines scheinbar functionellen Krankheitsbildes aus einer Reihe von organisch bedingten Herdsymptomen deutlich erkennen lässt. Sie bieten daher, abgesehen von der diagnostischen Seite der Sache, auch für die wissenschaftliche Analyse ein weites Feld.

Hirnabscess.

Entsprechend den eigenartigen Psychosen bei Apoplexieen und thrombotischen Erweichungen kommen auch infolge von Hirnabscessen Krankheitsbilder vor, die mit functionellen Geistesstörungen grosse Aehnlichkeiten aufweisen, während eine genauere Untersuchung das Vorhandensein von Herdsymptomen infolge organischer Erkrankung nachweist. Differentialdiagnostisch sind in solchen Fällen die verschiedenen Formen von Verwirrtheit, besonders die auf epileptischer Basis ausbrechenden, und Depressionszustände in Betracht zu ziehen.

Sitzt der Abscess in Regionen, von welchen aus die motorischen Functionen des Gehirns geschädigt werden, so ist die Diagnose leicht. Es könnte höchstens die besondere Unterscheidung zwischen Apoplexie, Hirnabscess und Tumor cerebri Schwierigkeiten machen. Sind jedoch die motorischen Partieen garnicht oder wenig getroffen, so kann die Erkenntnis, dass die Psychose aus einer organischen Störung des Gehirns entspringt, schwierig sein. Manchmal geben feinere Störungen im motorischen Gebiet, die leicht übersehen werden, den Ausschlag. In anderen Fällen führt lediglich die Feststellung von isolirten psychischen Ausfallserscheinungen nach Art der sensorischen Sprachstörung auf die Diagnose.

Als Beispiel gebe ich folgenden Fall:

B. J. aus X., geb. 13. Juli 1854, aufgenommen in die psychiatrische Klinik zu Giessen am 10. Mai 1900. Patient wird aus dem Krankenhaus zu X. in die Klinik gebracht. In dem ärztlichen Zeugnis werden folgende Symptome berichtet: Verworrenheit, Desorientirung, Verkennung der Umgebung, Unfähigkeit, die einfachsten Rechenexempel zu lösen, Wahnideen, motorische Unruhe, Paraphasie, Anarthrie, Neologismen. Nach Beobachtung glaubwürdiger Zeugen Hallucinationen. Normale Bewegung und Empfindung. Gang normal. Keine Ataxie. Keine Anfälle. Pupillenreaction normal.

In dem Aufnahmegesuch wurde die Krankheit als hallucinatorische Verwirrtheit bezeichnet.

Bei der Aufnahme benimmt J. sich geordnet. Keine groben motorischen Störungen. Nur zeigt die Zunge bei dem Herausstrecken leichte Deviation nach rechts. Im Urin weder Eiweiss noch Zucker. Sucht man sich mit dem Kranken zu unterhalten, so erscheint er zunächst völlig verwirrt. Er bringt eine Menge von ganz seltsamen, unverständlichen Worten heraus, zwischen denen gelegentlich richtige Sätze oder Satztheile auftauchen. Dann redet er eine Weile scheinbar geordnet, verlangt nach dem Arzt, er sei gesund, wolle nach Hause. Das rechte Ohr sei krank und müsse curirt werden. Genauere Prüfung zeigt, dass eine

complicirte Sprachstörung vorliegt. Meist bei der spontanen Sprache, manchmal auch bei dem Nachsprechen werden die Worte völlig verdorben oder durch andere ersetzt. Die Worte: dritte reitende Artilleriebrigade spricht er nach: trippende reibte Arsenerietaperadete; zum zweitenmal: dritte reibende Ratenopietopete.

Ebenso treten Wortverdrehungen in seinen Antworten auf einfache Fragen hervor, z. B.: Was ist Ihre Krankheit? Es ist eine missleidende Cavetit; — Wo sind Sie hier? Wie heisst das Teïna hier: — Es ist eine neue Klinik: Kliniscina, so muss man sich, wenn man einen Thee haben will, anders schreiben, das verstehe ich nicht; — Sie wollen doch gern gesund werden? Ich muss nach N. Ich will ja gern in die Gesundheit gekommen, ich bin da so ohne Etikament gekommen, bis da muss die Nasenatikatur mit dem Schwammst geworfen hinab sein, soweit kommt sie der Huncia.

Manchmal treten richtige Worte wiederholt an falscher Stelle auf: z. B. das Wort „betreffend"

Auf Grund dieser Beobachtungen wurde trotz des scheinbar functionellen Charakters der geistigen Störung eine Herdkrankheit in der Gegend des linken Gyrus supramarginalis angenommen, und zwar schien es bei Abwesenheit von Stauungspapille und im Hinblick auf den allmählichen, nicht von Krämpfen begleiteten Beginn am wahrscheinlichsten, dass dieselbe in einer chronisch entstandenen Erweichung infolge von Gefässthrombose bestände. Nur fielen in dem Krankheitsbild die starken functionellen Schwankungen auf.

Während er am 12. Mai nicht die einfachsten Rechenexempel lösen kann, rechnet er am 14. Mai ohne Schwierigkeit: $3 \times 4 = 12$, $5 \times 4 = 20$, $7 \times 8 = 56$, $9 \times 9 = 81$. Entsprechend ändert sich der Befund in Bezug auf das Nachsprechen innerhalb von zwei Tagen so, dass er am 14. Mai auch complicirte Worte leidlich reproduciren kann.

16. Mai. Viel klarer. Bringt eine Reihe von Sätzen sinnentsprechend heraus, wobei nur wenige paraphasische Worte vorkommen, z. B. Agenten für Studenten.

Im Hinblick auf diesen auffallenden Wechsel des Zustandes war die Frage zu erwägen, ob das anzunehmende organische Leiden dieses Moment erklären konnte. Bei einer Erweichung der Hirnsubstanz ist dieses Symptom viel schwerer verständlich als bei einem Tumor cerebri, der wechselnde Druckerscheinungen verursachen kann. Thatsächlich sind bei Hirntumoren solche functionelle Schwankungen nicht nur im motorischen Gebiet, sondern auch in Bezug auf psychische Functionen ziemlich häufig. Ausserdem musste bei dieser Sachlage die Diagnose Hirnabscess in Betracht gezogen werden, besonders da Stauungspapille fehlte. Im Hinblick auf die Betheiligung des linken Temporallappens konnte in diesem Falle der Ausgangspunkt in einer Mittelohreiterung liegen, wie das öfters vorkommt.

20. Mai. Untersuchung der Ohren ergiebt: Im rechten Ohr ausser einem verhärteten Pfropf nichts Abnormes. Die Wand des linken äusseren Gehörganges geschwollen, so dass eine Inspection der tieferen Theile unmöglich ist.

20. Mai. Wieder stärkere Störung der spontanen Sprache.

23. Mai. Abends heftige Kopfschmerzen.

24. Mai. Steigerung der Sprachstörung. Es fällt eine geringe Ptosis des rechten oberen Augenlides auf. Zunge weicht beim Herausstrecken deutlich nach rechts ab. Geringe Differenz der Facialisinnervation: Beim Lachen ist die linke Seite stärker innervirt als die rechte. Patellarreflexe deutlich. Kein Fussclonus. Rechte Pupille etwas grösser als die linke. Reaction normal.

26. Mai. Die Sprachstörung ist so bedeutend, dass man den Patienten gar nicht mehr versteht. Auch das Nachsprechen ist wieder viel schlechter geworden.

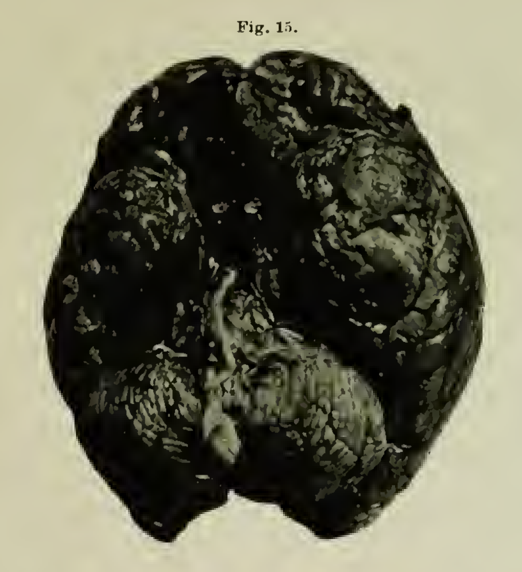
Für die alltäglichsten Dinge und Begriffe vermag er nicht die Namen zu finden und wird sich über das Verkehrte der vorgebrachten Worte nicht klar.

Er benennt bei dem Vorzeigen von Bildern Hahn als: Referikate: — Henne als: Kätie: — Kuh als: Kröhe; — Storch als: Hypometrehor; — Hase als: Xantremar; — Haus als: gewöhnliches Philediches; — Feuer als: ein Brond; — zwei Hunde als: zwei Phesimankromer; — Pferd als: Versigorende; — Schmetterling als: Misekar; — Schafherde als: Allerkom; — Tisch als: Edafer; — zwei Mädchen als: kleine Musager; — Militär als: Delibör.

Auch ist starke Paralexie vorhanden. Er liest zum Beispiel statt: Hat der Pudelhund straffe oder krause Haare? „Hat der Huderal schlasso doer katense Hudera?“ Er schreibt völlig unverständliche Briefe, welche durch ganz richtige Form der Buchstaben im Gegensatz zu der Sinnlosigkeit der Worte auffallen. Abends 9½ Uhr sehr erregt. Sucht sich mit lauter Stimme verständlich zu machen. Läuft unruhig umher.

27. Mai. Nachts um 2½ Uhr, nachdem heftiges Athmen, Zittern in Armen und Beinen und unruhiges Herumwälzen aufgetreten, wirft er sich plötzlich auf die rechte Seite, so dass der Oberkörper nach rechts aus dem Bett gleitet. In

Fig. 15.



das Bett zurückgelegt, erscheint er völlig bewusstlos und zeigt heftige Athmung. Der Mund ist weit geöffnet. Die Athmung röchelnd. Starke Pupillendifferenz: Linke ca. dreimal so gross als die rechte. Rechter Mundwinkel steht tiefer als der linke. Starre aller Extremitäten. Hebt man dieselben, so zittern sie stark. Puls 120—140. Nach einer halben Stunde ist die Athmung kräftiger, der Puls besser. Temperatur 38·5. Starke Bewusstseinsstörung. Keine sprachliche Reaction. Allmählich zeigt die Athmung den *Cheyne-Stokes*'schen Typus. Temperatur ½6 Uhr: 40·2, 7 Uhr: 40·6. Die unteren Extremitäten um diese Zeit nicht mehr starr. Patellarreflexe fehlen. Pupillen ohne Reaction. Cyanose des Gesichtes, besonders der Lippen. Puls frequent, aber bis zu dem um 7 Uhr 55 Minuten erfolgenden Tode deutlich fühlbar.

Der Verlauf der letzten Tage hatte es immer wahrscheinlicher gemacht, dass von den nach Ausschluss einer einfachen Erweichung übrigbleibenden Fällen organischer Hirnkrankheit, nämlich Tumor cerebri oder Abscess, die letztere Annahme alle Erscheinungen am besten erklärte.

Und zwar wurde dieser im Hinblick auf die sensorischen Sprachstörungen und die Verschwellung des linken äusseren Gehörganges in den linken Temporallappen verlegt.

Die Section im pathologischen Institut in Giessen ergab Folgendes: Bei dem Herausnehmen des Hirns haftet dasselbe ziemlich fest über dem linken Temporallappen und reisst etwas an der Fossa Sylvii ein. Nach Herausnahme bemerkt man einen 4 bis 6 Mm. im Durchmesser enthaltenden Defect der Dura mater, $1\frac{1}{2}$ Querfinger breit oberhalb der Pars petrosa und 2 Querfinger breit nach vorn von derselben. Die Dura ist an dieser Stelle zerstört. Der röthliche weiche, leicht schneidbare Knochen liegt daselbst frei zutage. Die Emissaria sind durch einen gelblichen Eiter, der sich aus ihnen herauspressen lässt, verstopft.

Am Gehirn (vergl. Fig. 15) zeigt sich ein Abscess des linken Temporallappens. Dieser ist vergrössert, blasig aufgetrieben; die Furchen sind verstrichen. Es ist Fluctuation vorhanden. Bei dem Einschneiden entleert sich ein dunkelgrüner, dünnflüssiger, nicht riechender Eiter. Im Hinblick auf den Defect an der Dura am Felsenbein ist anzunehmen, dass der Ausgangspunkt des Abscesses die Paukenhöhle ist.

Dieser Fall hat abgesehen von seiner diagnostischen Eigenart ein grosses praktisches Interesse. Wäre nicht unter heftigen Erscheinungen von Hirndruck und Fieber der Exitus letalis so rasch erfolgt, so hätte die Frage einer operativen Behandlung geprüft und wahrscheinlich bejaht werden müssen. Im Gebiet der Hirnabscesse kann gelegentlich eine rechtzeitige psychiatrische Diagnose Hilfe und vielleicht Rettung durch einen chirurgischen Eingriff veranlassen.

Senile Hirnatrophie.

Bei der Section von alten Leuten wird sehr häufig, auch wenn sie im Leben keinen höheren Grad von seniler Demenz gezeigt haben, ein beträchtlicher Hydrokephalus externus gefunden, welcher infolge der senilen Hirnatrophie durch Ausfüllung des zwischen Hirnoberfläche und Schädel entstandenen Raumes entstanden ist. Es ist also kein proportionales Verhältnis zwischen dem sichtbaren Grad seniler Hirnatrophie und seniler Demenz vorhanden. Trotzdem kann wohl kein Zweifel sein, dass die senile Demenz infolge atrophischer Vorgänge in der Grosshirnrinde zustande kommt, so dass man sie zu den Krankheiten mit materiell begreiflicher Veränderung der Nervensubstanz rechnen kann.

Eine eindeutige psychologische Schilderung der senilen Demenz derart zu geben, dass ein erfahrener Diagnostiker aus dem blossen psychologischen Befund, ohne sonstige Daten, besonders in Bezug auf das Alter, über den betreffenden Menschen zu haben, die Diagnose stellen könnte. ist kaum möglich. In den meisten Fällen wird eben der Umstand, dass der betreffende Mensch sich in einem beträchtlichen Alter (von mehr als 55 Jahren) befindet, für die Auffassung des psychischen Zustandes als „senile Demenz“ sehr in die Wagschale fallen. Immerhin lassen sich einige Kriterien aufzählen, welche rein psychologisch eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose erlauben.

In einer Beziehung hat die senile Demenz eine Aehnlichkeit mit dem primären Schwachsinn, welcher sehr oft im jugendlichen Alter von ca. 20 Jahren ausbrechend die Menschen auf ein tieferes geistiges Niveau

bringt, ohne dass die vor langer Zeit eingelernten Associationen davon irgendwie berührt werden. Der Unterschied besteht jedoch in der Art des Ausbruches. Während bei dem primären Schwachsinn die geistige Niveauverschiebung oft unter stürmischen Aufregungen ziemlich acut erfolgt, findet sich bei der senilen Demenz meist ein sehr langsamer Uebergang. Das Gedächtnis für früher Erlebtes ist erhalten, während die normale Reactionsfähigkeit für frische Eindrücke und die thätige Antheilnahme am Gegenwärtigen verloren geht. Solche Menschen werden allmählich ganz unfähig, selbst für sich zu sorgen, vegetiren interesselos dahin und leben nur noch in der Wiederholung früher erlebter Dinge und früher gelernter Sprüche manchmal auf.

Hierin kann oft ein differentialdiagnostisches Moment gegenüber der progressiven Paralyse liegen, welche ja auch in hohem Lebensalter vorkommen kann, weil nämlich bei dieser gerade die primitiven Kenntnisse, wie Schreiben, Rechnen etc., oft zuerst in Mitleidenschaft gezogen werden.

Ferner kommt eine Form von seniler Demenz vor, bei welcher alte Charaktereigenschaften in einer pathologisch übertriebenen Weise hervortreten, weil alle Hemmungen, welche sonst die einzelnen Triebe der Menschen im Zaum halten, weggefallen sind. Auch hier kommen dann Krankheitsbilder zustande, welche genetisch den Anschein der progressiven Paralyse erwecken, während sie rein symptomatisch als „Moral insanity“ zu bezeichnen wären. Wir werden jedoch noch öfter Gelegenheit haben, die Anwendung dieses Begriffes auf sehr bescheidene Grenzen einzuengen. Jedenfalls darf man einen Menschen, welcher im späteren Lebensalter im Gegensatz zu seinem moralischen Verhalten in früheren Zeiten bedenkliche Züge, z. B. im sexuellen Gebiete, wie es öfter vorkommt, zeigt, durchaus nicht unter den vagen Begriff „Moral insanity“ bringen, sondern muss die Frage erörtern, ob eine senile Demenz anzunehmen ist oder nicht.

Es können sich nun die Intelligenzdefecte bei der senilen Demenz compliciren mit körperlichen Lähmungen, welche infolge von Hirnblutung bei alten Leuten öfter auftreten. Die Veranlassung hierzu ist das sehr häufige Vorhandensein von Gefässatheromatose bei solchen. Dadurch kann ein Bild zustande kommen, welches symptomatisch der progressiven Paralyse, welche ebenfalls in ziemlich hohem Alter noch vorkommen kann, sehr ähnlich sieht. Die Differentialdiagnose zwischen einfacher seniler Demenz und progressiver Paralyse ist praktisch sehr wichtig, weil mit diesen beiden Diagnosen ganz verschiedene prognostische Urtheile über den weiteren Verlauf, beziehungsweise den zu vermuthenden Eintritt eines Exitus letalis ausgesprochen werden. Ein Mensch mit seniler Demenz, selbst wenn sich diese mit den Folgen von Apoplexieen complicirt zeigt, kann noch eine grosse Reihe von Jahren leben, wenn nicht vielleicht ein zweiter Schlaganfall auf Grund seiner allgemeinen Atheromatose den Exitus herbeiführt.

Dagegen bedeutet die Diagnose: progressive Paralyse, besonders wenn sie bei einem verhältnismässig alten Individuum gestellt wird, welches den accidentellen Gefahren der progressiven Paralyse, z. B. Decubitus, noch mehr ausgesetzt ist als ein junges, dass im Laufe von wenigen Jahren Exitus letalis eintreten wird.

Ich gebe nun zunächst zwei Fälle, in welchen die Differentialdiagnose zwischen einfacher seniler Demenz und paralytischem Blödsinn in Frage kam.

A. W. aus A., Schneidermeister, am 1. Juli 1890 aufgenommen im Alter von 68 Jahren. Heredität nicht zu ermitteln. Seit zwei Jahren, also seit seinem 66. Jahre, begann Patient eine ganz andere Lebensweise, als er sie bisher geführt hatte; er wurde heftig, begann zu trinken, behandelte später seine Angehörigen schlecht, drohte bei geringen Gelegenheiten mit Selbstmord, besonders wenn man ihn am Trinken hinderte. Selbstüberschätzungsideen waren nicht vorhanden. Als Grund für das viele Trinken gab er an, dass im Magen ein Eisklumpen sei. Das Gedächtnis ist sehr schwach geworden, er verlief sich, konnte nicht nach Hause finden. Er war nicht imstande, ordentlich aufzumerken, griff sich an den Kopf, als ob er sich besinnen müsste. Er vergass, wer ihm die verschiedenen Kleidungsstücke in die Werkstatt zum Ausbessern gebracht hatte. Vom Rechnen hat er gar nichts mehr verstanden, hat zu billige oder zu theuere Preise in seinem Geschäfte gemacht. Er erkannte Kinder aus bekannten Familien nicht wieder, vergass Familienereignisse rasch.

Rein psychologisch ist diese Anamnese durchaus nicht von der, welche ein beginnender Paralytiker bieten kann, zu unterscheiden. Die Charakterveränderung, die Trunksucht, die exaltirten Zustände, die Roheit gegen die Angehörigen, die Intelligenzschwäche kommt ja im Beginn der progressiven Paralyse sehr häufig vor. Höchstens könnte die hypochondrisch-paranoïsche Idee auffallen, welche er zur Erklärung des Trinkens vorbrachte, dass ihm ein Eisklumpen im Magen liege. Aber auch solche vorübergehende Wahnideen sprechen nicht gegen die Annahme einer progressiven Paralyse, wie wir ausgeführt haben, so dass es also rein psychologisch bei der Abwesenheit jeder typischen Form von Psychose durchaus gerechtfertigt war, ausbrechende Paralyse anzunehmen. An eine Paranoia ist in Bezug auf die ganz vereinzelte und verschwindende Wahnidee, dass ein Eisklumpen im Magen liege, durchaus nicht zu denken. Das wäre gerade so, als wenn man bei einem Menschen, der Seitenstechen hat, sofort eine Lungenentzündung diagnosticiren wollte.

Es handelte sich also wesentlich darum, in diesem Falle die Differentialdiagnose zwischen seniler Demenz und progressiver Paralyse zu entscheiden. Hierbei ist in solchen Fällen, wie schon früher gezeigt, Gewicht auf den Nachweis von tabischen Symptomen zu legen.

Ferner handelte es sich psychologisch darum, bei W. Züge nachzuweisen, welche, abgesehen von den mit der Annahme einer progressiven Paralyse zusammenstimmenden Symptomen, Gegenargumente gegen diese Auffassung bilden konnten. Es zeigte sich nun, dass alle tabischen Symptome fehlten. Weder in der Anamnese, noch im objectiven Befunde (Kniephänomene, Pupillenreaction) liess sich etwas dafür Sprechendes nachweisen. Die Pupillen reagirten zwar etwas langsam, aber bei einem 68jährigen Manne gehört dieser Befund nicht ins Gebiet des Pathologischen.

Durch Nachweis von Tabes liess sich also der Beweis der paralytischen Natur der Geistesstörung nicht erbringen. Nun spricht allerdings die Abwesenheit von tabischen Symptomen durchaus nicht eindeutig gegen die Annahme der paralytischen Natur einer Geistesstörung. Man konnte also trotz dieses negativen Befundes noch an der Möglichkeit dieser festhalten. — Psychologisch zeigte sich bei der Aufnahme folgender Befund:

Wahnideen sind nicht zu ermitteln. Der Magen, in welchem er früher einen „Eisklumpen" gefühlt hatte, sei ganz gesund. Im Vordergrund stehen Gedächtnisdefecte und Kritiklosigkeit. Ueber seine Umgebung ist er sich nur soweit klar, dass er in ein Spital gekommen ist. Während er widerspenstig gegen

das Fortgehen aus der Heimat war, bleibt er nun gerne hier. Während er aus den letzten Monaten sehr wenig weiss, hat er viele Erinnerungen aus früherer Zeit, die er gern erzählt. Für auswendig gelernte Wortreihen ist gutes Gedächtnis vorhanden. Schrift tadellos, ebenso das Lesen. W. arbeitet einfache Sachen im Schneiderhandwerk sehr geschickt.

Es zeigen sich also neben den mit der progressiven Paralyse gemeinsamen psychologischen Zügen eine kleine Anzahl von Momenten, welche die Wagschale zu Gunsten der Annahme einer einfachen senilen Demenz herunterdrücken. Das Erinnerungsvermögen für früher Gelerntes und die Ausführung eingelernter Bewegungsreihen ist bei ihm überraschend gut erhalten, während die Intelligenzstörung in Bezug auf die Auffassung der Gegenwart erheblich ist. Auf Grund dieser rein psychologischen Differenzirung wurde bei W. die bestimmte Diagnose auf einfache senile Demenz gestellt, welche durch den weiteren Verlauf vollständig gerechtfertigt worden ist.

Viel verwickelter noch lag die Frage der Differentialdiagnose in folgendem Fall, in dem körperliche Lähmungserscheinungen vorhanden waren:

E. T., aufgenommen am 23. August 1892 im Alter von 70 Jahren. Als Kaufmann sehr anstrengendes Leben geführt. 5 Jahre vor Aufnahme ein Schlaganfall. Es war damals das rechte Bein, der rechte Arm und die Zunge gelähmt. Patient konnte nicht mehr gehen, schreiben und sprechen. Im Laufe eines Jahres besserte sich die Lähmung der Zunge und des rechten Armes, Lähmung des rechten Beines blieb bestehen. Im Laufe der letzten zwei Jahre machte sich eine allmähliche Abnahme der geistigen Leistungen bemerkbar, namentlich starke Abnahme des Gedächtnisses; ferner Verwechseln von Personen und Sachen, zunehmende Schwierigkeit im Gebrauch sonst geläufiger Worte. Im letzten Jahr hat Patient öfter Anfälle gehabt, in denen er tagelang aphasisch war und tagelang Zwangsbewegungen mit den Extremitäten ausführte. Diese Symptome verschwanden wieder, dagegen blieb darauf eine deutliche Abnahme der geistigen Fähigkeiten bestehen.

Diese Anamnese stimmt nun symptomatisch ebenfalls zunächst sehr gut zu der Annahme einer progressiven Paralyse. Dass diese Krankheit auch in hohem Lebensalter vorkommen kann, ist bekannt. Dass die Erkrankung schon vor 5 Jahren, und zwar ohne vorhergehende psychische Symptome, mit einem Schlaganfall eingesetzt hat, spricht jedenfalls nicht dagegen. Man kann sogar sagen, dass die progressive Paralyse die Aufeinanderfolge der Symptome besser erklärt als die senile Hirnatrophie. Denn bei ersterer kommt es der Natur der Krankheit nach oft vor, dass einem Schlaganfall Verblödung folgt. Die senile Demenz kann jedoch nur indirect durch die gleichzeitig bestehende Atheromatose mit Schlaganfällen complicirt werden. Nun bliebe die dritte Annahme, dass die Apoplexie im vorliegenden Falle die cerebrale Ursache der Verblödung sein könnte. Es kommen jedoch so viele Apoplexieen bei mehr oder weniger alten Leuten ohne daraus folgende Verblödung vor, dass man nicht ohne weiteres einen solchen ursächlichen Zusammenhang zwischen localer Hirnerkrankung und allgemeiner Verblödung construiren darf. T. wäre also wahrscheinlich — wenn man progressive Paralyse ausschliesst — infolge seniler Hirnatrophie gerade so blöd geworden, wenn er auch die locale Blutung nicht gehabt hätte. Es handelte sich also zunächst darum, ob sich progressive Paralyse ausschliessen liess oder nicht.

Tabische Symptome fehlten, wenn man die vorhandene Trägheit der Pupillen rein als senile Erscheinung auffassen wollte. — Der geistige Zustand bot hier zunächst keine Handhabe, um im Gegensatz zu der Annahme der progressiven Paralyse einfache senile Demenz wahrscheinlich zu machen. Der Fall lag also so, dass bei der Aufnahme eine Differentialdiagnose kaum gestellt werden konnte. Für progressive Paralyse konnte noch in Betracht kommen, dass öfter aphasische Zustände aufgetreten waren, die sich leichter aus mehrfachen leichten paralytischen Anfällen erklären als aus der Annahme, dass es in dem Gehirn des Mannes öfter geblutet haben soll. Allerdings ist hierbei die enorm starke Atheromatose in Betracht zu ziehen, welche T. gehabt hat. Bei solchen hochgradigen atheromatösen Processen kommen solche functionelle Schwächen vor, ohne dass eine anatomisch nachweisbare Blutung einerseits oder eine diffuse paralytische Atrophie andererseits vorhanden zu sein brauchte.

In der Anstalt zeigte T. auf der Basis allgemeiner Intelligenzschwäche doch ganz auffallende Schwankungen, besonders in der Schnelligkeit der Unterscheidung und des Erkennens von Gegenständen. Dieses Symptom deutete nun ebenfalls wieder viel mehr auf eine organische, wenn auch nicht progressiv paralytische Erkrankung des Gehirns, nicht aber auf eine einfache senile Demenz. Es wurde also eine auf chronischer Gefässerkrankung beruhende, wahrscheinlich in mehreren Erweichungsherden sich äussernde Hirnerkrankung angenommen, welche symptomatisch, aber nicht genetisch der progressiven Paralyse ähnlich ist, und die neben der davon unabhängigen, allgemeinen senilen Demenz noch besondere functionelle Störungen, besonders im Vorstellungsablaufe, hervorbringe.

Diese Annahme, welche in prognostischer Beziehung die Mitte zwischen der oft noch sehr langen Lebensdauer bei einfacher seniler Demenz und der relativ kurzen Lebensdauer bei progressiver Paralyse im hohen Alter hält, wurde durch den Verlauf gerechtfertigt.

Ohne dass intercurrente Krankheiten einwirkten, starb T. nach weiteren vier Monaten ohne Krampferscheinungen in einem Koma, welches sich allmählich entwickelt hatte. Bei der Section fand sich eine starke Atheromatose besonders der Basilararterien, ferner ein alter apoplektischer Herd in der linken inneren Kapsel, mässiger Hydrokephalus. Keine tabischen Erscheinungen im Rückenmark.

Dieser Fall bildet also den Uebergang von der einfachen senilen Hirnatrophie, welche wir als materiell sichtbare Ursache der senilen Geistesstörungen hingestellt haben, zu den noch deutlicher wahrnehmbaren diffusen Gefässerkrankungen, welche in psychischer und motorischer Beziehung progressive Paralyse vortäuschen können.

Sehr wichtig für die Praxis ist die Thatsache, dass im Senium öfter Psychosen ausbrechen, welche wegen der gleichzeitigen oder schon früher vorhandenen Zeichen von seniler Denkschwäche als Zustände unheilbarer Demenz aufgefasst werden, während sie gut verlaufen. In seltenen Fällen kann es sich um maniakalische Erregungen handeln, denen meist früher schon andere Anfälle dieser Art vorausgegangen sind. Auch können epileptische Aequivalente in relativ hohem Alter vorkommen, die dann bei Mangel der Anamnese infolge der Bewusstseinsstörung zunächst einen prognostisch bedenklichen Eindruck machen, während sie ebenso günstig ablaufen können, wie epileptische Psychosen in früherem Lebensalter. Ferner ist das Auftreten von Depressionszuständen mit guter Prognose im Alter mehrfach zu beobachten.

In allen diesen Fällen ist der Satz festzuhalten, dass, wenn einer Psychose im Senium andere, besonders ähnliche Anfälle von Geistesstörung vorausgegangen sind, die Prognose meist auch dann günstig ist, wenn der Symptomencomplex infolge Beimischung von Zügen seniler Demenz zunächst als ein Besorgnis erregender erscheint. Es kommen ferner auch erstmalige Anfälle von Geistesstörung mit gutartigem Verlauf im Senium vor.

Allerdings sind alle diese Fälle quoad vitam meist gefährdet, weil die Erkrankung infolge von Erregungen oder Gemüthsdepression durch Selbstverletzung, Nahrungsverweigerung u. s. f. zu Complicationen führen kann, denen ein seniler Organismus nicht mehr gewachsen ist.

Als Beispiel gebe ich folgenden Fall:

Frau S. aus O., 58 Jahr alt, untersucht im Jahre 1895. Seit längerer Zeit Züge von Gedächtnisschwäche, besonders in Bezug auf Namen. Zeigte jedoch dabei noch gutes Urtheilsvermögen. Seit ungefähr 6 Wochen weinerlich und ängstlich. Machte sich Vorwürfe. Meinte, das Vermögen lange nicht mehr. Die Familie käme an den Bettelstab. Dabei Gedächtnisschwäche. In der Anamnese ist ein Depressionszustand von mehrmonatlicher Dauer im 40. Lebensjahre nachzuweisen. Der Befund zeigt keinerlei Lähmungserscheinungen oder Reflexstörungen. Ernährungszustand und Nahrungsaufnahme genügend.

Es wurde trotz der bestehenden Gedächtnisschwäche ein prognostisch günstiger Depressionszustand angenommen. Häusliche Behandlung konnte unter Voraussetzung dauernder Aufsicht als durchführbar bezeichnet werden. Nur wurde eventuell eintretende Nahrungsverweigerung oder allmähliche starke Gewichtsabnahme als Indication zur Anstaltsbehandlung bezeichnet. Weitere psychische Verschlimmerung erschien möglich, jedoch war auch für diesen Fall die gute Prognose festzuhalten, falls keine das Leben bedrohenden Complicationen auftreten sollten. Es wurde eine vorsichtige Behandlung mit Opium in häuslicher Pflege empfohlen.

Nach den mir zugegangenen Mittheilungen war der Verlauf entsprechend. Die Depression steigerte sich zu heftigen Erregungen, in denen sie dem behandelnden Arzte einen völlig dementen Eindruck machte. Nach 3 Monaten allmählich eintretende Besserung, die im Laufe von weiteren 2 Monaten zur Genesung führte. Abgesehen von den schon vorher vorhandenen Zeichen seniler Gedächtnisschwäche ist der Geisteszustand normal geblieben.

Während es sich hier um einen ausgeprägten melancholischen Zustand von mehrmonatlicher Dauer gehandelt hat, kommen im Senium auch kürzer dauernde Depressionszustände vor, die einen mehr hysterischen Charakter tragen. Ich gebe folgendes Beispiel:

B. X. aus E., Kaufmannsfrau, 60 Jahre alt, aufgenommen am 29. August 1898 in die psychiatrische Klinik in Giessen. Früher keine Anfälle von Geistesstörung. Ein Sohn, 22 Jahre alt, geisteskrank, zeigte im Beginn abwechselnd Stupor und Erregung, später Muskelspannungserscheinungen, leidet wahrscheinlich an Katatonie. Die Mutter pflegte den in einer Remission aus der Anstalt entlassenen Sohn. Dabei hatte sie grosse Aufregungen, schlief schlecht, machte sich grosse Sorgen, wurde weinerlich. Zu Verwandten gegeben verschlimmerte sie sich weiter. Sie blieb nachts nicht im Bett, ging stöhnend umher, fürchtete sich bei jedem Geräusch. Nahrungsaufnahme schlecht. Allmählich immer mehr erregt, wollte sich nicht mehr in das Bett legen, wollte nichts mehr essen. Sie äusserte Wahnideen, dass sie die Ihrigen anstecke, sie sei vergiftet, habe etwas verschuldet, solle deswegen geholt werden. Bei der Aufnahme zeigt sie sich beeinflussbar. Trinkt auf Zureden Milch.

Nimmt 2 Gramm Sulfonal in heisser Milch. Giebt keine Antworten, stöhnt und seufzt nur, blickt den Arzt bei allen Fragen starr an, ohne zu antworten. Schlechter Ernährungszustand. Jedoch keine Lähmungen oder Reflexstörungen.

Im Hinblick auf die ersichtliche äussere Veranlassung des Zustandes und die von Anfang an hervortretende Beeinflussbarkeit musste ein Depressionszustand auf nervöser Basis mit psychogenem Charakter angenommen werden. Dementsprechend konnte eine gute Prognose gestellt werden, wobei die Thatsache im Auge zu behalten war, dass hysterische Depressionszustände oft viel kürzer dauern als die eigentlichen Anfälle von Melancholie, die sich meist durch Abwesenheit von hysterischen Symptomen auszeichnen. Der Verlauf tritt aus folgenden Aufzeichnungen hervor:

30. August. Nachts ruhig, schlief gleichmässig bis zum Morgen. Stimmung depressiv, kaum zur Antwort zu bringen. Nimmt nur flüssige Nahrung. Manchmal Jammern: „Ach, was habe ich gemacht, ach, was wird es noch geben.“ Dabei tritt hervor, dass sie über ihre Umgebung orientirt ist. „Ach, dass die mich hierher gethan haben.“ Sie wird völlig in Ruhe gelassen.

31. August. Nach 1 Gramm Sulfonal gut geschlafen. Starke Müdigkeit. Obwohl Patientin völlig apathisch erscheint, so lassen doch die einzelnen Ausdrücke darauf schliessen, dass sie nachdenkt und Urtheil besitzt. Meist stumm. Nimmt auf vieles Zureden flüssige Nahrung.

2. September. Zugänglicher. Klagt über Schwäche im rechten Arm, ohne dass objectiv etwas nachzuweisen ist. Lässt sich im Gespräch ablenken. Meint, ihre Sorgen seien durch die häuslichen Verhältnisse berechtigt. Sie ist über Zeit, Ort und Personen der Umgebung völlig orientirt.

5. September. Zweimal täglich 1 Gramm Sulfonal. Nachts meist sehr guter Schlaf, am Tage grosses Ruhebedürfnis. Noch deprimirt und wortkarg, Nahrungsaufnahme bessert sich.

Die ängstlichen Erregungen waren also unter Sulfonalbehandlung, welche sich bei hysterischen Depressionszuständen häufig besser bewährt, als die Darreichung von Opiaten, auffallend rasch vorübergegangen und hatten einem Zustand von Ermattung mit Depression mässigen Grades Platz gemacht. Nach wenigen Tagen wurde nun unter sorgfältiger Ernährung versucht, ihre Activität anzuregen, ohne sie übermässig anzustrengen.

7. September. Mittags halb gezwungen ausser Bett. Immer noch grosses Schwächegefühl, so dass sie sich bald wieder legen muss. Eine geringe Zunahme ihres Interesses ist unverkennbar, wenn sie sich auch im Gespräch meist noch ganz passiv verhält.

10. September. Immer noch zurückhaltend und deprimirt. Kann mit Mühe bewogen werden, eine Stunde aufzustehen. Reduction der Sulfonaldosen. Nur noch jeden zweiten Tag ein Gramm.

12. September. Patientin wird mittheilsamer. Schreibt einige Zeilen nach Hause, jedoch ohne den Brief zu vollenden. Macht sich immer noch Sorgen um die Familie. Beginnt sich zu beschäftigen, bleibt länger ausser Bett, liest Zeitungen. Schlaf spontan. Nahrungsaufnahme unter Anwendung von Stomachicis befriedigend.

16. bis 30. September. Fortschreitende Besserung der Gemüthsstimmung. In den letzten Tagen ganz normales Verhalten. Ein Besuch der Angehörigen bewirkt keine Erregung. Völlig besonnen in Bezug auf die weiter in ihrer Familie nöthigen Maassnahmen. Hat Krankheitseinsicht. Hält ihre Verbringung in die Klinik bei ihrem damaligen Zustand für zweckmässig.

12. October. Schlaf und Nahrungsaufnahme andauernd gut. Gewichtszunahme von 53 auf 57 Kilo im Ablauf von 4 Wochen. Völlig gleichmässige Stimmung.

Für die Zeit der Erkrankung einige Erinnerungsdefecte. Im übrigen keine Gedächtnisstörungen. Ist besonnen und urtheilsfähig. Geheilt entlassen.

Der Depressionszustand hat also trotz des hohen Alters sehr rasch zu einem günstigen Ausgang geführt. Als Voraussetzung hierzu erscheint, wenn auch der gutartige Charakter des Depressionszustandes von Anfang an angenommen werden konnte, die grösste Sorgfalt bei der Ernährung, besonders zur Zeit der stärkeren Depression und die fortdauernde Berücksichtigung des psychogenen Momentes der Krankheit. Gerade im Hinblick auf die pessimistische und die Therapie lähmende Auffassung, welche sich vielfach den Psychosen im Senium gegenüber geltend macht, muss der Ablauf dieses Falles betont werden. Allerdings kommen neben diesen zur Heilung führenden Anfällen von Geistesstörung im Senium auch sehr ungünstig verlaufende Krankheitsformen von wesentlich paranoïschem Charakter, abgesehen von der eigentlichen senilen Demenz, vor.

Es tritt bei diesen Kranken immer mehr ein misstrauisches Wesen hervor, die Angehörigen werden verdächtigt, wobei oft die Erbschaftsfragen in den Vordergrund gestellt werden, oft treten Vorstellungen depressiven Inhaltes dazu, dass das Vermögen nicht mehr ausreiche, dass die Familie an den Bettelstab gebracht werde u. a. mehr. Sind diese Ideen mit stärkerem Affect verbunden, so kann der Zustand mit Melancholie verwechselt werden, während die Vorstellungsbildung bei genauerer Prüfung einen paranoïschen Charakter zeigt. Fast immer sind diese Krankheitsbilder mit Störungen des Gedächtnisses nach Art der senilen Demenz verbunden. Ob man diese Krankheitsbilder als eine Abart der letzteren oder als eine im Senium ausbrechende Paranoia auffassen soll, bleibt dahingestellt. Praktisch ist diese Unterscheidung bei der ungünstigen Prognose in den beiden genannten Fällen ohne grosse Bedeutung.

Durch organische Hirnkrankheit bedingte Formen der Idiotie.

Wenn man das Gebiet der Idiotie vom pathogenetischen Gesichtspunkt betrachtet, so gliedert sich dasselbe in eine Anzahl von völlig verschiedenen Krankheitsformen, die im wesentlichen nur den gemeinsamen Zug haben, dass sich bei ihnen die psychischen Vorgänge bald nach der Geburt oder in den ersten Lebensjahren als abnorm gezeigt haben. Prüft man das chronologische Verhältnis in dem Auftreten der krankhaften Zustände genauer, so zeigt sich, dass viele Fälle, bei denen man von „angeborenem Schwachsinn“ redet, weil sie seit früher Jugend abnorm sind, in Wirklichkeit nach der Geburt normal waren und erst infolge einer bestimmten Gehirnkrankheit in einen Zustand von Denkschwäche versetzt worden sind. Ferner zeigt sich bei einer Reihe von Fällen, bei denen angeborener Schwachsinn im eigentlichsten Sinne vorliegt, dass diese angeborene Denkschwäche nicht als Ausdruck einer dem Keim anhaftenden Anlage aufzufassen ist, sondern als Resultat einer bestimmten Gehirnkrankheit, welche das embryonale Individuum befallen hat. Daraus folgt, dass eine Eintheilung der Idiotie in angeborene und erworbene Denkschwäche, insoweit sich diese Begriffe auf das Leben nach der Geburt beziehen, vom pathogenetischen Zustand nicht ausreicht, dass es vielmehr nothwendig erscheint, die Krankheit namhaft zu machen, welche das Gehirn

des Individuums betroffen hat, gleichgiltig ob dieselbe vor oder in den ersten Jahren nach der Geburt ausgebrochen ist.

Wir verstehen also unter Idiotie im allgemeinen diejenigen Fälle, bei denen bald nach der Geburt oder in den ersten Lebensjahren sich ein Defect oder Stillstand von psychischen Functionen geltend macht, und suchen die verschiedenen Erkrankungen, welche unter dem Namen Idiotie zusammengeworfen worden sind, völlig zu trennen. Sollte dadurch das Wort Idiotie schliesslich aus der speciellen Pathologie in die allgemeine als symptomatischer Begriff gebracht werden, so wäre das als ein Fortschritt der Wissenschaft zu begrüssen. Es verhält sich damit wie mit dem Wort Epilepsie, mit dem früher durch ganz verschiedene Krankheiten bedingte, symptomatisch ähnliche Zustände bezeichnet worden sind (epileptische Anfälle bei Paralysis progressiva, Tumor cerebri, Alkoholismus, Urämie etc.) oder, um ein Beispiel aus der körperlichen Medicin zu wählen, wie mit dem Wort Rheumatismus, mit dem man alle möglichen „Nervenschmerzen“ (bei Tabes, Alkoholintoxication, Neuritiden etc.) zusammengefasst hatte. Der Fortschritt der Wissenschaft geht eben immer vom Symptomatischen zur charakterisirten Krankheitseinheit.

Wir theilen also das Gebiet vom pathogenetischen Standpunkt in folgende Gruppen und Krankheitseinheiten ein:

I. Fälle von Idiotie, bei denen sich etwas über die materielle Hirnveränderung aussagen lässt; besonders Hydrokephalie, Porenkephalie, Mikrokephalie. Als Anhang hierzu rechnen wir diejenigen Fälle von Idiotie, in denen morphologische Abnormitäten vorhanden sind, mit welchen die geistige Entwickelungshemmung in einem gesetzmässigen Zusammenhange steht, insofern, als beide aus der gleichen Ursache entstehen (z. B. Cretinismus).

II. Idiotie rein functioneller Natur, die im strengsten Sinne angeboren und gewissermaassen als prämature functionelle Geistesstörung aufzufassen ist.

a) ohne morphologische Abweichungen,

b) mit zufälligen morphologischen Abnormitäten, welche weder directen noch indirecten Causalzusammenhang mit der geistigen Schwäche haben.

Wir reissen also die zusammenfassende Rubrik des angeborenen Schwachsinns — im Hinblick auf eine pathogenetische Eintheilung der geistigen Abnormitäten völlig auseinander und erklären ausdrücklich, dass „angeborener Schwachsinn“ keine Diagnose, d. h. keine Krankheitseinheit, sondern blos ein Name für ein Symptom ist, zu welchem durch kritische Analyse des einzelnen Falles erst die Krankheitseinheit gesucht werden muss.

Hydrokephalie.

Eine häufige Ursache des angeborenen oder in den ersten Lebensjahren entstandenen Schwachsinns ist Hydrokephalie. Es handelt sich dabei um einen Hydrokephalus internus, d. h. eine abnorme Flüssigkeitsansammlung in den Seitenventrikeln des Gehirns, welche sich unter dem Druck der Flüssigkeit höhlenartig ausdehnen. Zugleich wird das Gehirn in radiärer Richtung von innen nach aussen gepresst und verursacht seinerseits eine Ausbuchtung der Schädelknochen, falls diese noch weich genug sind, um dieser von innen kommenden Druckwirkung nachzugeben. Dabei

werden meist die Fontanellen länger als gewöhnlich auseinandergehalten. Verhältnismässig am meisten erweitert sich der Schädel an den seitlichen Partieen der Scheitelbeine über den Ohren. Auch zeigt die Stirn häufig abnorme Prominenz und Abrundung. Infolge der Ausbuchtung der Scheitelbeine erscheinen die Stirnnähte oft auffallend nach vorn gerichtet. Abgesehen von den genannten Schädelpartieen kann die Druckwirkung auch an der Basis des Schädels Veränderungen der Form bedingen; z. B. kommt es vor, dass das Orbitaldach beiderseits nach unten vorgewölbt ist, wodurch die Augenhöhle verkleinert und eine Hervortreibung der Bulbi mechanisch verursacht wird, was einen eigenartigen physiognomischen Ausdruck bedingt. Durch die kugelige Erweiterung des Kopfes erscheint das Gesicht verhältnismässig klein.

Neben diesen typischen Formen kommen auffallende Modificationen der Kopfform vor, wenn sich der Hydrokephalus mit Verknöcherung einzelner Nähte vereinigt zeigt. Wahrscheinlich hängt diese indirect mit der Krankheit zusammen und ist möglicherweise als eine vom Gehirn aus bedingte Ernährungsstörung zu erklären. Thatsache ist, dass sich mehrfach bei einer Kopfform, welche an den Seitentheilen deutlich den hydrokephalischen Typus zeigt, während gleichzeitig die Anamnese auf eine im frühen Alter aufgetretene organische Hirnkrankheit deutet, frühzeitige Verwachsung z. B. der Frontalnaht aus starker Leistenbildung an dieser und aus der schmalen Gestaltung der Stirn nachweisen lässt. Die Tubera frontalia stehen nahe bei einander, während die Scheitelbeingegend beiderseits stark erweitert ist. Es kommen dann die eigenthümlichen Keilformen des Schädels zustande, die man in anatomischen Sammlungen gelegentlich als Curiositäten sieht. Pathogenetisch handelt es sich meist um Hydrokephalus mit Verwachsung der Stirnnaht. Auch können die Coronarnähte bei hydrokephalischer Ausbuchtung der Parietalknochen vorzeitig verknöchert sein, wodurch eine Verkürzung des Schädels in der Längsaxe bedingt wird.

Einen guten Einblick in die Verhältnisse der hydrokephalischen Kopfformen bei gleichzeitiger Verknöcherung einer Naht gewähren die Bilder Fig. 16 *a* und *b*, welche ich der Freundlichkeit des Herrn Prof. Dr. *de Boeck*, Director des psychiatrischen Stadtasyls in Brüssel, verdanke.

Der Schädel zeigt ausgesprochene Keilform, enorme Erweiterung in der Queraxe an den Scheitelbeinen über den Ohren bei sehr schmaler Stirn. Dabei ist diese nach vorn ausgebuchtet. Die Nähte sind strahlenförmig, indem lange Leisten von beiden Seiten herübergreifen. In der Gegend der grossen Fontanelle sitzt ein grosser Schaltknochen, der dreieckig zwischen die Stirnbeine hineinragt.

Die genauere Messung des Schädels durch Prof. *de Boeck* hat Folgendes ergeben:

1. Längsdurchmesser, gemessen in der Stirnmitte zwischen den Arcus superciliares und der Protuberantia occipitalis externa: 20·2 Cm.
2. Querdurchmesser, zwischen den Ohrpunkten: 12·8, maximaler: 20·4 Cm.
3. Horizontalumfang in der durch den Längsdurchmesser bestimmten Ebene: 62·0 Cm.
4. Sagittalbogen über der Ebene des Umfanges: 45·0 Cm.
5. Frontalbogen über dem Querdurchmesser: 50·0 Cm.
6. Distanz der Tubera frontalia: 5·4 Cm.
7. Distanz der Tubera parietalia: 22·5 Cm.

In diesen Maassen tritt der hydrokephalische Typus bei frühzeitiger Verknöcherung der Stirnnaht deutlich zutage.

Ausser diesen morphologischen Wirkungen des Gehirnprocesses werden durch Hydrokephalie häufig folgende Störungen der Hirnfunctionen bedingt: 1. Denkschwäche, 2. Epilepsie, wobei das zweite Moment in seinem Ablauf häufig das erste verstärkt.

Neben den epileptischen Anfällen zeigt die Idiotie nach Hydrokephalus häufig auch psychologische Merkmale, welche an epileptische Zustände erinnern, nämlich starke Erreglichkeit, die sich oft zu Wuthanfällen steigert, ferner periodische Erregungszustände zum Theil mit stärkeren

Fig. 16 *a*.



Trübungen des Bewusstseins, welche sich von epileptischen Psychosen kaum unterscheiden lassen. Diese Beobachtung ist praktisch um so wichtiger, weil Fälle vorkommen, in denen nach abgelaufenem Hydrokephalus die intellectuelle Störung relativ gering ist, während neben einer dauernd vorhandenen abnormen Reizbarkeit periodisch stärkere Erregungszustände auftreten, welche bei den damit Behafteten oft strafrechtliche Verwickelungen hervorbringen.

Im Folgenden will ich versuchen, durch Zusammenstellung charakteristischer Fälle die verschiedenen klinischen Abarten des Krankheitsbildes zu kennzeichnen. Wir gehen von dem Typus der hydrokephalischen Idiotie aus:

A. M. aus W., geb. am 11. Juni 1888, Insasse der Idiotenanstalt zu J., untersucht am 13. August 1898, zeigt einen abnorm grossen Schädel. Derselbe ist an den Scheitelbeinen besonders über den Ohren und an der Stirn stark vorgewölbt. Die Stirnhöcker sind sehr weit auseinandergerückt und erscheinen rundlich. Die Augen stehen etwas vor, die Augenhöhlen sind flach. Psychisch steht der 10jährige auf dem Niveau eines 5—6jährigen Kindes. Alle intellectuellen Functionen sind gering entwickelt. Abgesehen von dem ausgeprägten Schwachsinn bestehen epileptische Krampfzustände, die in unregelmässigen Perioden auftreten und manchmal zu Dämmerzuständen mit heftigen Erregungen führen.

Fig. 16 *b*.



Auf Grund dieses Befundes wurde angenommen, dass es sich um Folgezustände eines h y d r o k e p h a l i s c h e n P r o c e s s e s handelt, der wahrscheinlich in den ersten Lebensjahren eingesetzt hat.

Dem entsprechend ergiebt die Anamnese Folgendes:

Das Kind erschien in dem ersten Jahre nach der Geburt ganz normal. Im zweiten Jahre auffallend apathisch, schlief abnorm viel, auch am Tage. Es traten Krampfanfälle auf. Dabei auffallende Vergrösserung des Kopfes. Seitdem deutlicher Stillstand der geistigen Entwickelung.

Es handelt sich also thatsächlich um einen Krankheitsprocess, welcher das von Geburt normale Kind befallen hat, und der als H y d r o k e p h a l i e gedeutet werden muss. In diesem Falle sind die Schädelabnormitäten so

typisch, dass die Diagnose nicht verfehlt werden konnte. Schwieriger ist in morphologischer Beziehung die Sachlage, wenn die hydrokephalische Kopfform durch Nahtverknöcherungen modificirt und dadurch zum Theil unkenntlich geworden ist. Hierfür gebe ich folgendes Beispiel:

K. T. aus W., geb. 4. August 1866, aufgenommen in die psychiatrische Klinik zu Giessen am 1. September 1900. Es liegt ausgeprägter Schwachsinn vor. Die Prüfung der Schulkenntnisse ergiebt folgendes Resultat: Der Kranke macht grobe Fehler im Alphabet und in der Zahlenreihe, kennt die Monatsnamen nur theilweise, kann die Reihenfolge der Wochentage nicht innehalten. Geographische und geschichtliche Kenntnisse ganz gering. Rechenvermögen = 0. Er schreibt seinen eigenen Namen in erkennbarer Weise ab, während er denselben auf Diktat sehr mangelhaft schreibt. Er stottert stark, wobei lebhafte Mitbewegungen in den Gesichtsmuskeln auftreten.

Bei diesem Befund war der Kranke zweifellos als schwachsinnig zu bezeichnen, und zwar konnte im Hinblick auf die Thatsache, dass bei später ausbrechender Demenz, falls diese nicht auf progressiver Paralyse beruht, die Schulkenntnisse fast immer erhalten bleiben, angenommen werden, dass es sich um einen angeborenen oder in den ersten Lebensjahren erworbenen Schwachsinn handelte. Es fragte sich nun, von welcher Art dieser in pathogenetischer Beziehung war.

Neben den Intelligenzstörungen traten zwei andere psychische Momente sehr bald in den Vordergrund, nämlich

1. eine ausserordentliche Reizbarkeit mit periodischer Verstärkung,
2. ein paranoïscher Zug, indem T. sich fortwährend von Mitkranken verspottet meinte, wodurch er in heftigen Zorn versetzt wurde. Beide Momente erschwerten die Behandlung ausserordentlich, da er mehrfach bei den geringsten Anlässen in gewaltthätige Erregung gerieth.

Diese Art von Schwachsinn mit Erregungszuständen und paranoïschen Zügen ist erfahrungsmässig sehr häufig, wenn der Idiotie ein epileptisches Leiden zugrunde liegt, mag die Epilepsie genuin oder durch eine organische Hirnkrankheit (Hydrokephalie, Porenkephalie, meningitische Processe) bedingt sein. Es zeigt sich nun bei dieser psychologischen Sachlage ein morphologischer Befund, welcher dieser diagnostischen Idee eine bestimmte Richtung giebt.

Der Schädel ist an den Scheitelbeinen stark ausgebuchtet, wie bei der hydrokephalischen Kopfform. Dabei ist die Stirn sehr schmal, die Tubera frontalia stehen relativ nahe aneinander. Der Schädel zeigt beim Zusammentreffen dieser beiden Momente eine ausgeprägte Keilform.

Diese Form des Schädels kann, wie erwähnt, zustande kommen, wenn bei einer hydrokephalischen Erkrankung gleichzeitig eine Verwachsung der Stirnnaht auftritt, so dass der den Schädel erweiternde Druck der Flüssigkeit zwar an den seitlichen, nicht aber an den vorderen Schädelpartieen zur Wirkung kommen kann.

Dabei erscheint die Längsaxe im Verhältnis zur Queraxe auffallend gering. Der Schädel ist durch eine Einsattelung hinter der Stirn, welche den Coronarnähten zu entsprechen scheint, wenn sie auch abnorm weit nach vorn liegt, und durch einen hinter derselben befindlichen Wall als Sattelkopf gekennzeichnet. Der Stirntheil des Schädels ist abnorm kurz.

Diese Erscheinungen an dem vorderen Schädelabschnitt lassen sich am einfachsten aus einer frühen Verwachsung der Coronarnähte erklären, welche zusammen mit der Verwachsung der Stirnnaht bei gleichzeitigem

Hydrokephalus die eigenthümliche Schädelform bedingt hat. Jedenfalls ist anzunehmen, dass sich in frühem Lebensalter eine organische Hirnkrankheit mit Störungen des Schädelwachsthums, die sich in den Nahtverknöcherungen und der Erweiterung des Schädels an den seitlichen Partieen zeigen, abgespielt hat und wahrscheinlich als hydrokephalischer Process aufzufassen ist. Bei dieser Annahme bekommen auch die an Epilepsie erinnernden Erregungszustände des T. eine Erklärung, da nach Hydrokephalus häufig ausgeprägte oder larvirte Epilepsie vorkommt. Entsprechend dieser klinischen Analyse zeigt die Anamnese Folgendes:

Patient machte als Kind eine „Hirnhautentzündung" durch, hatte seitdem vielfach Krämpfe und lernte erst im vierten Lebensjahr laufen. Er fing spät mit dem Sprechen an und stotterte. Er ging ohne jeden Erfolg in die Volksschule. Nach der Schule machte er leichte Feldarbeit. Er wurde oft von seinen Kameraden gehänselt und verspottet. Bei solchen Gelegenheiten wurde er oft sehr erregt, schlug wild um sich, geberdete sich wie rasend. Um Unglück zu verhüten, wurde von der Mutter durch die Behörde die Aufnahme in die Anstalt veranlasst.

Diese Anamnese ergänzt die klinischen Beobachtungen in dem Sinne, dass thatsächlich bei dem Kranken im jugendlichen Alter eine Hydrokephalie entstanden ist, als deren Folgezustände die Trias von Symptomen, nämlich Denkschwäche, Epilepsie und Schädelabnormität betrachtet werden muss.

Das epilepsieähnliche Moment dieses Falles führt uns zu einer weiteren Gruppe von hydrokephalischen Erkrankungen, bei der die Denkschwäche verhältnismässig gering ist, während eine abnorme Reizbarkeit als Wirkung des Gehirnprocesses zurückgeblieben ist, die sich periodisch zu tobsüchtigen Erregungen von epileptischem Charakter steigern kann, ohne dass ausgeprägte Epilepsie vorliegt. Die Beachtung dieser Art von Erkrankung ist besonders strafrechtlich wichtig.

Als Beleg gebe ich folgenden Fall:

M. C. aus S., geb. 9. Juni 1871, aufgenommen in die psychiatrische Klinik zu Giessen am 24. November 1897. Anamnese: Keine hereditäre Belastung nachzuweisen. Normale Geburt. Nach Angabe der Mutter bis zum dritten Lebensjahr krank. Hat dann erst laufen gelernt. Ueber Krämpfe nichts zu ermitteln. In der Schule gut gelernt, zeigte gutes Gedächtnis. Im 18. Jahr angeblich nach einer Lungenentzündung unruhiges und reizbares Wesen, wodurch er die Umgebung stark belästigte. Der Zustand steigerte sich so, dass er im December 1889 in eine Irrenanstalt gebracht werden musste, wo er bis Juni 1890 behandelt wurde. Im nächsten Jahre nochmals 11 Monate in einer psychiatrischen Anstalt. Seitdem zu Hause. Er hat gut gearbeitet, war intelligent, aber abnorm reizbar, so dass er durch den geringsten Widerspruch in heftige Erregungen verfiel. Auch ohne Veranlassung zeitweilige Wuthausbrüche, in denen er seine Umgebung mit Messer und Schlagring bedrohte. Seine Umgebung fürchtet diese Erregungszustände, die oft tagelang dauern, sehr. Dieselben wechseln mit ruhigeren Zuständen, in denen er einigermaassen lenksam und zugänglich ist. Wegen Steigerung der gemeingefährlichen Erregungen erfolgt die Aufnahme in die Klinik am 24. November 1897. Die klinische Beobachtung zeigte neben sehr guten Schulkenntnissen im wesentlichen Selbstüberschätzung, dann ein stark quärulirendes Wesen, sowie ausserordentliche Erreglichkeit, welche sich oft bei geringsten Anlässen zu Wuthzuständen steigert. Der Schädel zeigt einen ausgeprägt hydrokephalischen Bau. Umfang 59·5, Sagittalbogen 36, Frontalbogen zwischen den Ohrpunkten 36 Cm.

Es ergiebt sich also bei einem Kranken, der neben Zügen schwachsinniger Selbstüberschätzung periodisch an heftigen Erregungszuständen

leidet, ein Schädelbefund, welcher auf eine im jugendlichen Alter ausgebrochene Hydrokephalie als Ursache der cerebralen Functionsstörung deutet.

Das Studium dieser Fälle führt zu der Idee, dass eine beträchtliche Zahl von idiotischen Geisteszuständen prophylaktisch bekämpft werden könnten, wenn eine Heilung der Hydrokephalie in statu nascendi möglich wäre. Dabei ist in erster Linie chirurgische Behandlung durch Punction der Ventrikel, vielleicht auch Lumbalpunction in Betracht zu ziehen. Es kommt also zunächst darauf an, die Diagnose des entstehenden Hydrokephalus möglichst frühzeitig zu stellen. Hier wird ersichtlich, wie wichtig die Kenntnis dieser Krankheitsform gerade für den praktischen Arzt ist, und dass von dieser Seite vielleicht in manchen Fällen eine wirksame Hilfe rechtzeitig veranlasst werden könnte, während der Irrenarzt sich den Restzuständen der Erkrankung gegenüber ganz machtlos sieht.

Hierher gehört folgender Fall:

L. E. aus Z., 3/4 Jahr alt, untersucht am 12. October 1900. Abnorme Ausbuchtung des Schädels, Brechanfälle, abnorme Schläfrigkeit, Spannung der Musculatur. Grosse Fontanelle nicht mehr offen.

Zur Erklärung der Symptome wird ein Hydrokephalus angenommen, wobei nur der sonst oft fehlende Schluss der grossen Fontanelle bemerkenswerth scheint. Es wird Lumbalpunction empfohlen.

Diese führt jedoch nur zur Entleerung einer sehr geringen Menge von Cerebrospinalflüssigkeit. Trotzdem glauben die Eltern nach einem Bericht des Hausarztes vom 23. October eine Besserung wahrzunehmen: das Erbrechen habe nachgelassen, auch scheine das Kind mehr Interesse an seiner Umgebung zu zeigen. Daher im December 1900 erneute Lumbalpunction, bei der ca. 17 Ccm. Flüssigkeit entleert werden.

Wenn auch in diesem Fall ein deutlicher Erfolg nicht vorliegt, muss doch im allgemeinen behauptet werden, dass Lumbalpunction öfter eine Entlastung des unter dem Druck des Hydrokephalus stehenden Gehirns hervorbringen kann. Eine rechtzeitige Diagnose vorausgesetzt, wird vielleicht die Chirurgie in diesem Gebiet durch Beseitigung des Grundleidens prophylaktisch wirken können, während die Psychiatrie der ausgebildeten Krankheit gegenüber hilflos ist.

Mikrokephalie.

Den morphologischen Gegensatz zu der hydrokephalischen Kopfform bildet die Mikrokephalie. Es erscheint jedoch vom pathogenetischen Gesichtspunkt aus zweifelhaft, ob man aus der grossen Gruppe der morphologisch abnormen Idioten auch die Mikrokephalie im Sinne einer Krankheitseinheit herausheben kann. Das ist nicht der Fall insofern, als Mikrokephalie einerseits Folgezustand einer ganzen Reihe von verschiedenen Krankheitsprocessen sein kann, andererseits in einigen Fällen auf einem endogenen, d. h. in der angeborenen Entwickelungstendenz begründeten Stehenbleiben des Gehirn-Schädelwachsthums beruhen kann. Vielleicht gelingt es der klinischen Psychiatrie immer mehr, aus dem Befunde am Lebenden Schlüsse zu machen auf die Art, wie Mikrokephalie im einzelnen Falle zustande gekommen ist. Vorläufig müssen wir uns darauf beschränken,

die mikrokephalen Idioten wenigstens morphologisch als eine gesonderte Gruppe hervorzuheben.

Ein Theil der Fälle von Mikrokephalie wird wahrscheinlich im Krankheitsbegriffe der Porenkephalie als Unterabtheilung aufgehen, insofern als es sich um Individuen handelt, welche schon im embryonalen Leben eine Enkephalitis mit folgender Höhlenbildung im Gehirne durchgemacht haben, woraus als pathologische Begleiterscheinung Stillstand des Schädel-Hirnwachsthums hervorgegangen ist. In solchen Fällen findet man bei den Mikrokephalen im Gehirn, entsprechend wie bei den Porenkephalen mit normalem Schädel, Höhlen, die mit seröser Flüssigkeit gefüllt sind. In einem Falle dieser Art, welcher von *Flesch* (in der Festschrift der Würzburger Universität, 1882, pag. 95) beschrieben ist, bildete das Gehirn des Mikrokephalen eigentlich einen einzigen Wassersack, so dass man eigentlich von einem mikrokephalen Hydrenkephalus reden muss. Wahrscheinlich wird es gerade in Bezug auf solche Fälle am ehesten möglich werden, durch genaue Analyse der Lähmungserscheinungen, welche sich bei gleichzeitiger Mikrokephalie und Idiotie zeigen, auf Grund klinischer Beobachtung (nicht blos nachträglicher pathologisch-anatomischer Bearbeitung) ein Urtheil über die Pathogenese der Mikrokephalie zu fällen.

Da dies aber nur bescheidene Anfänge zu späterer klinischer Differenzirung sind, so wollen wir zunächst hier die Mikrokephalie rein morphologisch betrachten und die Frage in den Vordergrund stellen, unter welchen Bedingungen man einen Schädel unter die morphologische Rubrik „Mikrokephalie“ zu bringen hat.

Es muss jedoch vorher kurz erörtert werden, weshalb es sich hierbei nicht blos um ein rein kraniologisches, sondern auch um ein psychologisches Problem handelt. Die Antwort auf diese Frage liegt in der Voraussetzung, dass ein menschliches Wesen eine gewisse Menge (Quantität) functionirender Gehirntheile haben muss, um überhaupt psychische Leistungen, welche dem betreffenden Geschöpf psychologisch den Charakter des Menschlichen geben, hervorbringen zu können.

Nur insofern, als klinisch festgestellte Mikrokephalie das Anzeichen einer ganz enorm geringen Hirnquantität ist, mit welcher menschliche psychische Leistungen nicht mehr verbunden gedacht werden können, fällt sie überhaupt in den Rahmen psychiatrischer Betrachtung.

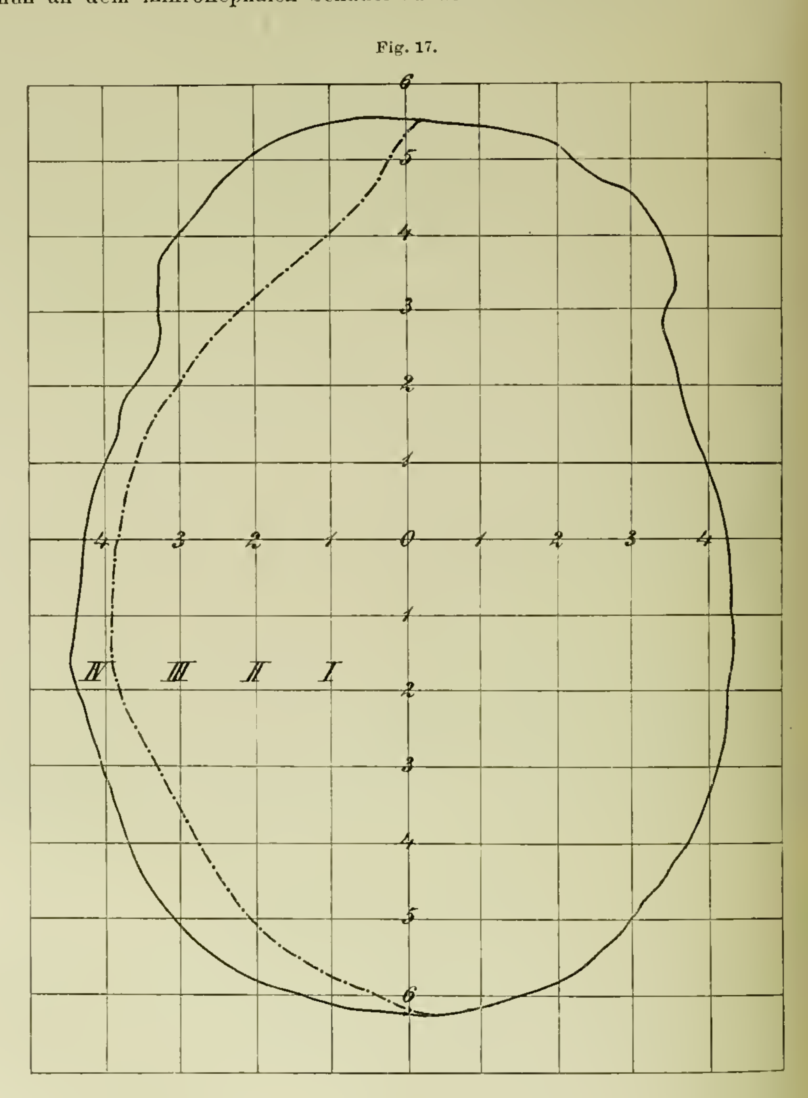
Es würde sich also klinisch zunächst darum handeln, aus der genauen Messung solcher Mikrokephalen einen Schluss auf die Gehirnmasse zu machen. Die hierzu in Betracht kommenden Methoden sind zu complicirt, um von dem praktischen Arzt angewendet zu werden. Es empfiehlt sich daher, einfach von der Form und Grösse des Schädels, speciell am Lebenden auszugehen, was am sichersten mit Hilfe der *Rieger*'schen Methode der Schädel- und Kopfmessung geschehen kann.

Als Beispiele gebe ich folgende Fälle mit den zugehörigen Schädel-Charakteristiken.

1. Mikrokephalin Margarethe Machler. Die Mikrokephalie ist aus dem in Fig. 17 gegebenen Schädeldiagramm ersichtlich. Die Länge des skelettirten Schädels in der *Rieger*'schen Horizontale lässt sich leicht als 11·8 Cm. ablesen, die grösste Breite mit 8·6, die Höhe über der *Rieger*'schen Horizontale mit 4·4 Cm. Die Höhe beträgt also nur ungefähr ein Drittel der Länge. Es springt aus dieser einfachen Zusammenstellung das enorm geringe Volumen des Schädels deutlich ins Auge.

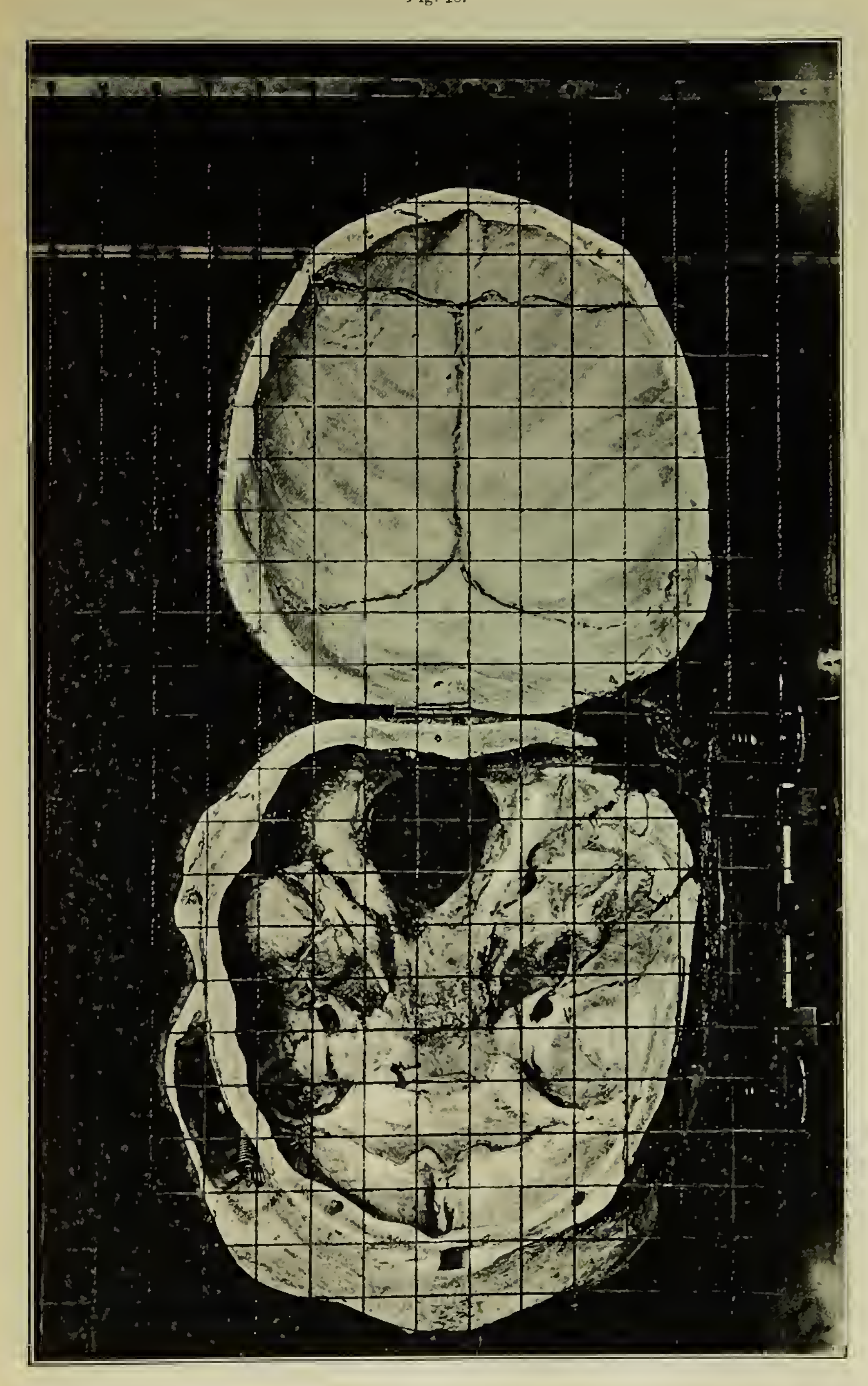
Fig. 18 stellt den gleichen Schädel aufgesägt mit zurückgeklapptem Schädeldach vor. An dem mitphotographirten Netzplanimeter lassen sich wieder mehrere Maasse leicht ablesen. Der Sägeschnitt liegt circa $1^1/_2$ Cm. über der *Rieger*'schen Horizontale. Da die Stirn stark zurückweicht, so ist diese Schnittebene kleiner als die *Rieger*'sche Horizontale auf dem voranstehenden Schädeldiagramm. Es ist nun an dem mikrokephalen Schädel zunächst die enorme Dicke der Knochen

Fig. 17.



des Schädeldaches zu bemerken. Hierbei wird nun deutlich, dass der Schädelinhalt, beziehungsweise die Gehirnmasse, noch hinter dem zurückbleibt, was schon nach der blossen Schädelform zu vermuthen gewesen wäre. Zu einer vorhandenen Mikrokephalie gehört im gegebenen Falle eine noch stärkere Mikrenkephalie. Das Gehirngewicht betrug 450 Grm., also circa ein Drittel des normalen (circa 1500).

Fig. 18.



Zweiter Fall. Agnes Meckel aus Neusatz, geboren 1856, gestorben 1890 (Fig. 19), jüngstes von fünf Kindern. Die Geschwister alle gesuud. Ein Kind des Bruders der Mutter ist schwachsinnig, aber nicht mikrokephal. Schwangerschaft und Geburt ohne in Betracht kommende Störung. Das Kind soll im ersten Lebensjahre nichts Auffälliges gezeigt haben. Danu traten Convulsionen auf und Stillstand der Entwickelung. Gehen lernte Agnes erst mit 6 Jahren. Iu der Schule konnte sie durchaus nichts lernen. Sie glich durch ihr ganzes Leben einem Kinde, hat nie sprechen gelernt, konnte sich nicht anziehen. Kam December 1889 in die psychiatrische Klinik, in den letzten Monaten bis zum Tode war sie ge-

Fig. 19.

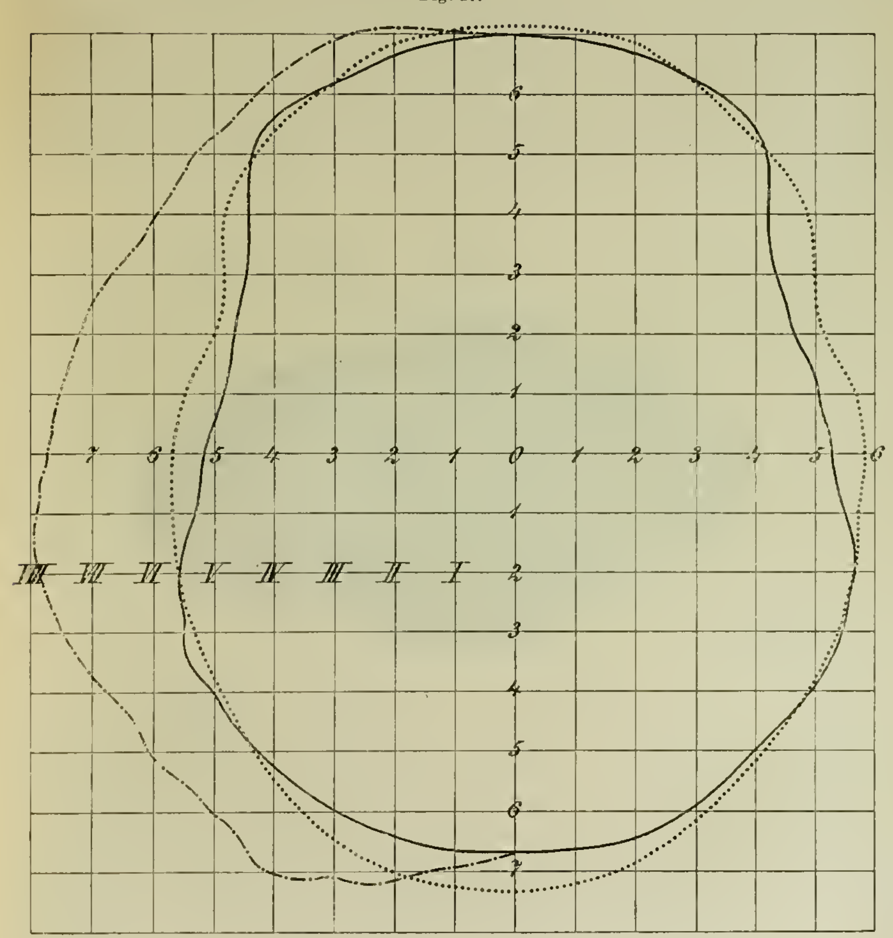


lähmt, lag fortwährend zu Bett. Schliesslich gauz schwach und somnolent. Exitus letalis 10. Mai 1890, alt 33 Jahre.

Das Kraniogramm (Fig. 20) zeigt Verhältnisse, welche bedeutend über die Maasse der Mikrokephalin Maehler hinausgehen. Die Längsachse der *Rieger*'schen Horizontalebene beträgt, wie man leicht ableseu kann, 13·6 Cm., die Längsachse der parallel zu dieser, 2 Cm. höher gelegten Ebene beträgt 14·4 Cm. Es ist daraus leicht ersichtlich, dass der Schädel sich nach oben von der *Rieger*'schen Horizontale etwas erweitert, während bei Maehler die Stirn stark zurückwich. Die grösste Breite in der Horizontalebene beträgt circa 11·5 Cm. Die grösste Höhe über der *Rieger*'schen Horizontale beträgt circa 8 Cm.

Das Gehirn weist eine Reihe von Abnormitäten auf, deren Analyse zu sehr ins Einzelne führen würde. Die rechte Hemisphäre (Fig. 21) zeigt an der Convexität eine ziemlich normale Configuration. Das Ganze erscheint als eine Art Miniaturausgabe eines normalen menschlichen Gehirns. Fossa Sylvii mit dem vorderen verticalen und horizontalen kurzen Ast, Sulcus Rolando, Frontalwindungen, Temporallappen u. s. w. sind deutlich zu erkennen. Zu diesem Geschöpf gehört das pag. 222 mitabgebildete Skelet (linksstehend), welches ebenfalls eine Art Verkleinerung eines normalen Skelettes darstellt.

Fig. 20.



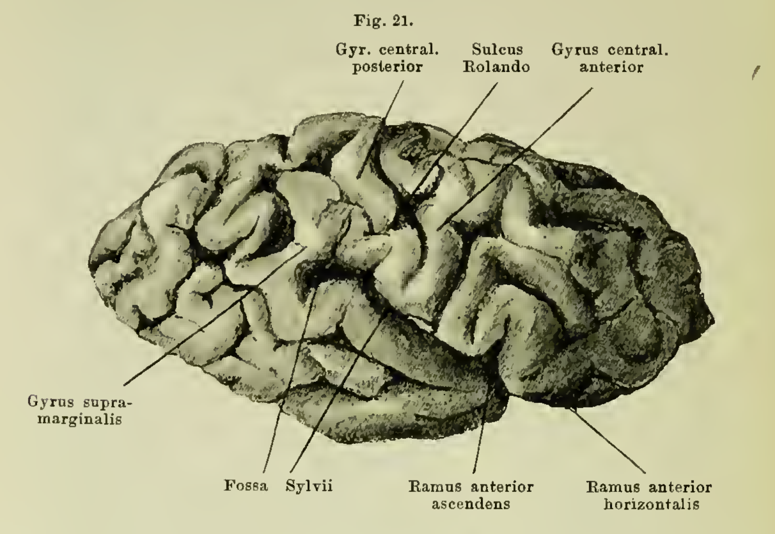
Es käme nun darauf an, gewissermaassen eine Stufenfolge von Schädelvolumina auf Grund eines grossen Beobachtungsmateriales aufzustellen und in jedem einzelnen Falle den psychischen, respective psychopathischen Zustand als Parallelreihe zu ermitteln. Vielleicht würde es so gelingen, einigermaassen eine Grenze zu bestimmen, unterhalb welcher man mit Bestimmtheit sagen könnte, dass zu der betreffenden Schädelform (beziehungsweise zu der Hirnquantität) ein abnormes psychisches Leben gehören müsse.

Während die sogenannten „Degenerationszeichen", falls sie nicht auf bestimmte Gehirnkrankheiten zurückgeführt werden können, im allgemeinen werthlos zur Entscheidung der Frage sind, ob der betreffende Mensch normal oder abnorm sein müsse, bietet die Untersuchung der Grenzformen von Mikrokephalie vielleicht noch am ehesten Aussicht, einen nothwendigen Zusammenhang einer Schädelform mit psychischer Abnormität aufzudecken. Einen Grenzfall will ich im Folgenden durch vergleichende Mittheilung über eine der Mikrokephalie nahestehende Schädelform und gleichzeitig bestehende Geistesschwäche darbieten.

Lorenz Schmitt, geboren 1845, zur Zeit Irrenpfründner im Juliusspital. Schmitt ist in mässigem Grade schwachsinnig. Verfiel in diesen Zustand im 36. Jahre.

Das Kephalogramm (Fig. 22) zeigt, wie sich leicht ablesen lässt, folgende Maasse: Grösste Länge der *Rieger*'schen Horizontale 19 Cm., Breite 15 Cm., Höhe über der *Rieger*'schen Horizontale nur 9·5 Cm. Hierin liegt das Moment, welches den Schädel der Mikrokephalie annähert, obgleich die Maasse der *Rieger*schen Horizontale nicht allzustark vom Normalen abweichen.

Fig. 21.

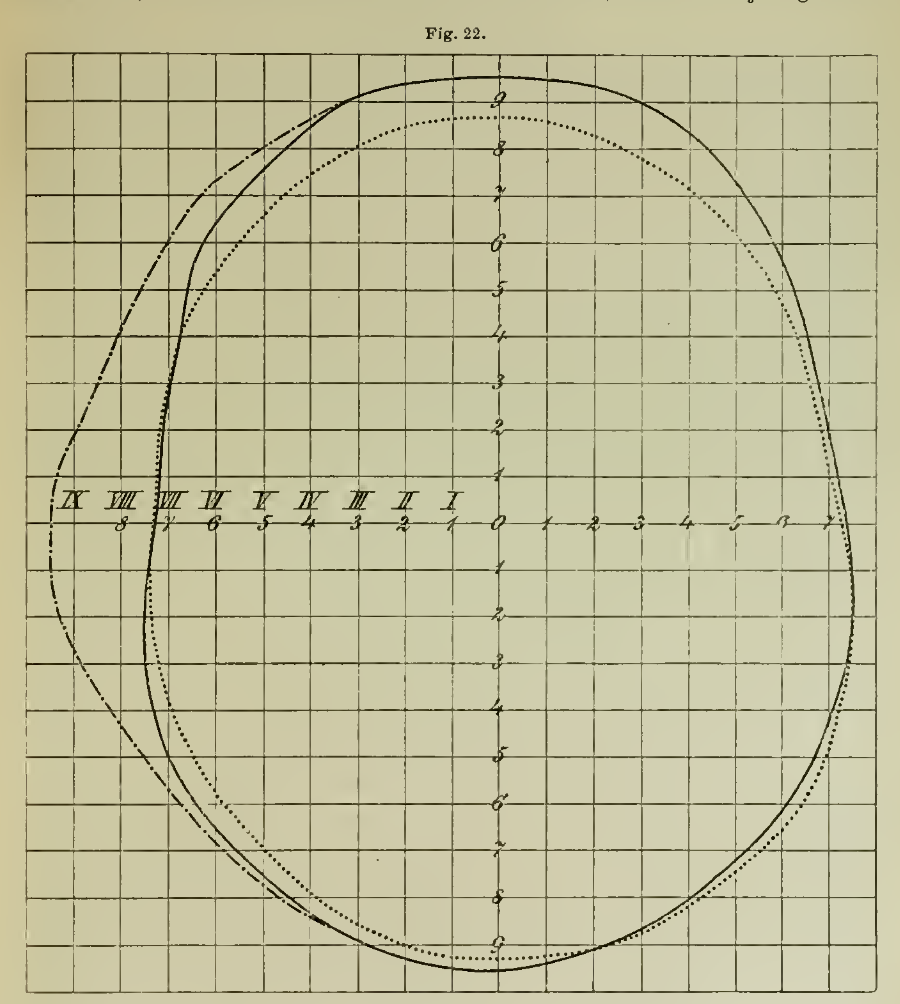


Nur muss man, um die wirklichen Schädelmaasse zu bekommen, noch den Umstand in Betracht ziehen, dass hier eine Kopfmessung am Lebenden vorliegt, so dass also noch die Dicke der Haut in Abrechnung gebracht werden muss.

Jedenfalls ist das Längen-, Breiten-, Höhenverhältnis abnorm. Bei der Durchsicht einer grösseren Anzahl von Kopfmessblättern finde ich folgende Verhältnisse: 1. Fall: 7jähriger Idiot (Kiefer) ohne Schädelabnormität: Länge 14·5, Breite 12·4, Höhe 12·0 Cm.; 2. Fall: 12jähriger Cretin (Stock): Länge 16·2, Breite 13·2, Höhe 12·0 Cm.; 3. Fall: 37jähriger Schwachsinniger (Mernzinger): Länge 17·0, Breite 15·0, Höhe 10·0 Cm.; 4. Fall: 23jähriger Paralytiker (Martin): Länge 19·5, Breite 16·2, Höhe 12·6 Cm.; 5. Fall: 39jähriger Epileptikerpfründner (Achtziger): Länge 19·8, Breite 16·1, Höhe 10·8 Cm.; 6. Fall: 29jähriger Schwachsinniger (Kirster): Länge 18·0, Breite 16·2, Höhe 11·8 Cm.; 7. Fall: 29jähriger Epileptikerpfründner (Desch): Länge 17·6, Breite 14·2, Höhe 10·2 Cm.; 8. Fall: 21jähriger blödsinniger Epileptiker: Länge 16·5, Breite 13·0, Höhe 10·8 Cm.; 9. Fall: 14jähriger Epileptiker (Dietzel): Länge 18·1, Breite 15·0, Höhe 13·7 Cm.; 10. Fall: 26jähriger normaler Lehrer (B.): Länge 19·3, Breite 15·2, Höhe 11·8 Cm.; 11. Fall: 8jähriger Idiot (Kehl); Länge 15·4, Breite 13·0, Höhe 9·4 Cm.; 12. Fall:

20jähriger Paranoïker (Bedel): Länge 19·0, Breite 16·0, Höhe 11·2 Cm.; 13. Fall: 15jähriger Epileptiker (Becker): Länge 17·1, Breite 13·6, Höhe 10·2 Cm.; 14. Fall: 52jähriger Epileptiker (Scharfenberger): Länge 20·0, Breite 15·3, Höhe 12·0 Cm.; 15. Fall: 25jährige hereditär Paralytische (Hesselbach): Länge 17·8, Breite 15·0, Höhe 9·7 Cm.; 16. Fall: 29jähriger blödsinniger Epileptiker (Kistner): Länge 17·4, Breite 14·8, Höhe 10·5 Cm.; 17. Fall: 38jähriger Melancholischer (Rappert): Länge 19·0, Breite 16·0, Höhe 10·8 Cm.; 18. Fall: 12jähriger epileptischer Knabe (Nürnberger): Länge 16·8, Breite 14·0, Höhe 11·0 Cm.; 19. Fall: 34jähriger Para-

Fig. 22.



noïker (Klüpfel): Länge 19·9, Breite 16·0, Höhe 10·9 Cm.; 20. Fall: 15jähriger Epileptiker (Seubert): Länge 17·6, Breite 14·7, Höhe 12·2 Cm.

Aus dieser Zusammenstellung ist ersichtlich, dass der beschriebene, 56 Jahr alte Lorenz Schmitt in dieser ganzen Reihe mit der Schädelhöhe von 9·5 Cm. über der *Rieger*'schen Horizontale, abgesehen von dem 8jährigen Idioten Kehl (cfr. Fall 11, Höhe = 9·4), am niedrigsten steht. Am nächsten steht ihm sodann ein ebenfalls ganz abnormes Geschöpf

(Fall 15), welches mit 16 Jahren erkrankte, im 25. Jahre alle Zeichen der gewöhnlichen progressiveu Paralyse bot und hierau starb. —

Hier ist in der That anzunehmeu, dass die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf schwere geistige Abnormität schon aus der Messung des Schädels abzuleiten gewesen wäre, was im allgemeinen auf die psychopathischen und criminellen Individuen durchaus nicht zutrifft.

Porenkephalie.

Zu den groben organischen Gehirnerkrankuugeu, welche psychische und nervöse Störungen, und zwar im speciellen Falle Schwachsinn und Epilepsie. bewirken können, gehört die Porenkephalie. Allerdings ist Porenkephalie (von porus, Loch, enkephalon, Gehirn) eigentlich keine Krankheit, sondern das anatomisch nachweisbare Resultat eiuer Krankheit. Bei dem Worte Porenkephalie hat man sich eine Höhlenbildung der Hirnsubstanz vorzustellen, welche nach einer im fötalen oder kindlichen Leben auftretenden Enkephalitis oder traumatischen Hirnzerstörung, z. B. nach schweren Geburten, zurückbleibt.

Es handelt sich also um einen völligen Verlust von bestimmten Partieen der Hirnsubstanz, welche meist durch eine Ansammlung von seröser Flüssigkeit ersetzt sind. Manchmal zeigen sich auch an der Hirnoberfläche Gruben mit deutlicher Mikrogyrie, während die Marksubstanz darunter verschmälert ist. Hierher gehört das Seite 21 abgebildete Gehirn. Auf die speciellen pathologisch-anatomischen Fragen gehe ich hier nicht ein, weil es sich für uns ja nur um die allgemein-diagnostischen Probleme handelt.

Solche isolirte Herde können natürlich isolirte psychische Ausfallserscheinungen bedingen und werden dann nach den speciellen Regeln der Localdiagnostik in ihrer Lage bestimmt werden müssen. Aber abgesehen davon gehört die Porenkephalie ins Gebiet der engeren Psychiatrie, weil manche Fälle von angeborenem Schwachsinn und Epilepsie auf Porenkephalie zurückzuführen sind. Diese porenkephalischen Geschöpfe befinden sich häufig in Armenhäusern, Idiotenanstalten etc. und kommen weniger in die speciell psychiatrischen Anstalten.

Wenn diese Krankheit also vielleicht auch praktisch nicht von sehr grosser Bedeutung ist, so ist ihre Betrachtung doch sehr wichtig für die allgemeinen Gesichtspunkte, welche wir für die Gruppirung der Geistesstörungen aufgestellt haben. Die meisten dieser Kranken werden unter der Rubrik „Schwachsinn“ oder „Epilepsie“ geführt werden. Es ist aber durchaus nothwendig, sobald man die Diagnose auf Porenkephalie gestellt hat, diese Fälle aus den genannten symptomatischen Sammeltöpfen herauszunehmen und sie unter den richtigen anatomischen Begriff zu bringen. Wer Idiotie diagnosticirt, wo er Porenkephalie sagen sollte, begiebt sich seines naturwissenschaftlichen Charakters, indem er für die bekannte materielle Veränderung der Substanz, welche der Krankheit zugrunde liegt, einfach ein Symptom hinstellt.

Es ist dies ähnlich, als wenn jemand „Tobsucht“ diagnosticirt, wo er „progressive Paralyse“ hätte sagen sollen, oder „hallucinatorische Verwirrtheit“, wo „alkoholistische Geistesstörung“ am Platze gewesen wäre. Es kommt also hier überall darauf an, durch den Nebel des blos Symptomatischen zu greifbaren Aussagen über den Gehirnzustand zu kommen

Als diagnostischer Anhaltspunkt, um bei bestehendem Schwachsinn mit Epilepsie die Diagnose Porenkephalie zu stellen, dient häufig das gleichzeitige Bestehen von Lähmung, beziehungsweise Entwickelungshemmung der Extremitäten. Diese Lähmungen der im Wachsthum zurückgebliebenen Glieder sind meistentheils spastischer Natur und zeichnen sich durch ihre ganz auffallenden, vom Bilde der gewöhnlichen Hemiplegieen abweichenden Formen aus.

Ich gebe nun einige Musterbeispiele:

I. Beobachtung. S. H., 44 Jahre alt, Insasse der Epileptikerpfründe in Würzburg. Der Kranke hat schwere epileptische Anfälle, ist vollständig blödsinnig, bringt im allgemeinen nur heulende Laute hervor, nur wenige Worte. Ausserdem hat er eine Hemiplegie der ganzen linken Seite.

Nehmen wir nun an, dass ein solcher Kranker einem Polizeiarzt plötzlich bei Mangel aller Anamnese vorgeführt wird. An erster Stelle müsste dann an progressive Paralyse gedacht werden, denn auch hierbei kann lang andauernde Hemiplegie vorhanden sein (ohne dass ein anatomisch nachweisbarer Herd vorliegt), — ferner können bei Paralyse symptomatisch typische epileptische Anfälle auftreten (die wir deshalb auch „epileptisch", nicht „epileptoid" nennen, als ob sich die epileptischen Anfälle bei progressiver Paralyse irgendwie von denjenigen bei genuiner Epilepsie unterscheiden müssten). Ferner würde der völlige Blödsinn des Kranken für Paralyse sprechen. Der vollkommen normale Befund der Pupillen und des Kniephänomens auf der nicht gelähmten Seite wäre nun zwar nicht entscheidend gegen Paralyse in Betracht gekommen, hätte aber doch Bedenken gegen die Diagnose erwecken müssen.

Ferner muss in solchen Fällen an eine ausgedehnte, vielleicht traumatisch bedingte Herderkrankung der rechten Seite gedacht werden, bei welcher neben den directen Herdsymptomen Epilepsie und Geistesstörung (in seltenen Fällen) auftreten kann.

Schliesslich wäre an reine genuine Epilepsie zu denken gewesen, welche allmähliche Verblödung bewirkt haben und mit welcher in seltenen Fällen eine Apoplexie complicirt sein könnte.

Aber alle diese Ueberlegungen hätten in der speciellen Form der Hemiplegie bei Mangel aller Anamnese scheitern müssen.

Bei der Hemiplegie der ganzen linken Seite mit spastischen Zuständen der Musculatur zeigte sich zugleich eine Atrophie der Muskeln und ein geringeres Wachsthum der Knochen.

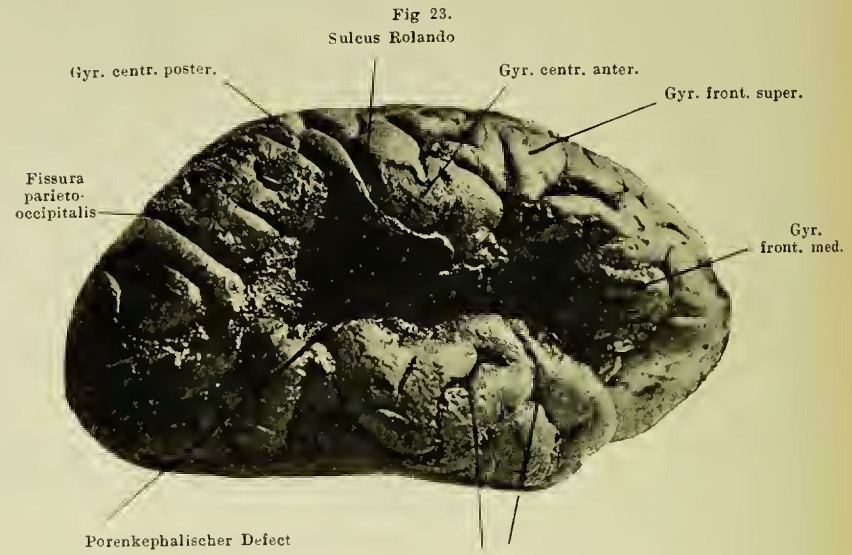
Das Knochengerüst des linken Fusses und der linken Hand bleibt gegen die rechte Seite sehr zurück. Das linke Bein circa 5 Cm. kürzer als das rechte. Die Umfänge dicht über der Patella differiren um $1\frac{1}{2}$ Cm. zu Ungunsten der linken Seite. Umfang zwischen mittlerem und oberem Drittel des Oberschenkels links 41, rechts $47\frac{1}{2}$ Cm., also Differenz von $6\frac{1}{2}$ Cm. Umfang des Oberarmes über der Höhe des Biceps: links 22, rechts 28. Entsprechende Differenzen an den unteren Maassstellen der Arme. Relativ am stärksten erschien die Atrophie des linken Armes.

Aus dieser Beschaffenheit der gelähmten Glieder konnte folgender Schluss gemacht werden: Es handelt sich nicht um eine Lähmung, welche ein vollkommen erwachsenes Individuum betroffen hat, sondern um eine in frühem Kindesalter entstandene Lähmung, welche gleichzeitig Wachsthumshemmung bedingt hat.

Wenn man nun eine solche in frühem Alter erworbene Herderkrankung annahm, welche sich dann in Epilepsie und Intelligenzstörungen äusserte, sei es nun, dass die Intelligenzstörungen in directer Folge auf die Herderkrankung oder im Verlauf der Epilepsie entstanden seien, so war das Krankheitsbild erklärt.

H. starb unter den Anzeichen einer Hirnblutung in der linken Hemisphäre (Lähmung der rechten Seite, Koma, Tod). Es zeigte sich bei der Section Folgendes: Rechte Hirnhemisphäre deutlich flacher als linke. Der untere und mittlere Theil der beiden Centralwindungen fehlt, so dass die Fossa Sylvii in den dadurch gebildeten Kessel einläuft. Dieser Defect ersetzt durch einen Sack mit serösem, blutig gefärbtem Inhalt. Die Arachnoidea ist um diesen Sack sulzig verdickt. Zwischen Dura und Arachnoidea keine Flüssigkeit. Die Gehirnoberfläche eigenthümlich trocken und fest. Arachnoidea zieht sich nur mit grosser Mühe ab. Gefässe haben einen abnorm festen Zusammenhalt, so dass sie

Fig 23.



geschnitten werden müssen, während sie sonst leicht reissen; am unteren Theile des porenkephalischen Defectes ein Convolut von Venen.

An der basalen Seite des Kleinhirns blutige Imbibition der Arachnoidea. Enorme Blutung im linken Ventrikel. Zerstörung der medial von der linken Insel gelegenen Partieen.

Die Blutung erstreckt sich abwärts bis in die Haubenregion des linken Hirnschenkels.

Der rechte Hirnschenkel schon makroskopisch viel kleiner.

Diagnose: Porenkephalischer Defect rechts in der Gegend des Fusses des Gyrus centralis anterior und posterior, des Gyrus supramarginalis, der ersten Temporalwindung und der Insel. Ausgedehnte Zerstörung der Gegend medial von der linken Insel durch frische Blutung. Secundäre Degeneration der Pyramidenbahn der linken Körperseite. — (Vergl. Figur 23).

Für die Physiologie des Gehirns können die Beobachtungen an Porenkephalen von grosser Wichtigkeit werden, wenn auf die sorgfältige Analyse der fast in jedem Falle verschiedenen motorischen Störungen später eine

genaue Gehirnuntersuchung folgt. Leider geht die Mehrzahl dieser Fälle für die wissenschaftliche Untersuchung verloren, weil den praktischen Aerzten, welche solche Kranke an psychiatrische oder neurologische Specialisten weisen oder selbst daran studiren könnten, die Krankheit, soweit ich urtheilen kann, noch sehr unbekannt ist. Viele von diesen Kranken befinden sich undiagnosticirt in Armenhäusern, oder, besonders in Ländern mit schlecht organisirter Armenpflege, als bettelnde Krüppel auf der Strasse.

Gerade um die praktischen Aerzte, denen das vorliegende Buch zu Gesicht kommt, auf diese gehirnphysiologisch sehr wichtige Krankheit aufmerksam zu machen, möchte ich das Thema eingehender behandeln, als es die relative Häufigkeit der Krankheit nothwendig machen würde.

Der Hauptwerth ist auf die möglichst sorgfältige Analyse der motorischen Störungen zu legen. Es muss der klinische Thatbestand in ausgedehntester Weise actenmässig festgestellt werden, um später im Falle einer Gehirnuntersuchung eine möglichst genaue Vergleichung von klinischen Erscheinungen und Gehirnzerstörung anstellen zu können. Ich theile deshalb noch einige Beispiele mit.

II. Beobachtung. Michael Ziegler aus Zellingen, geboren 1841, Insasse der Epileptikerpfründe des Juliusspitals in Würzburg. Ziegler ist bei einer schweren Geburt zur Welt gekommen. Die Mutter hatte einen ganzen Tag gekreisst. Dann Zangengeburt. Das Kind konnte acht Tage lang nicht „schnullen". Dann erholte es sich. Ganz gesund bis zum zweiten Jahre, in welchem beim Zahnen Krämpfe kamen. Dann hörten sie auf, aber das Kind war „simpelhaft". Es lachte viel, sagte einige Worte, konnte aber wenig merken, war unrein bis circa zum siebenten Jahre. Erst im fünften Jahre lernte Z. laufen, hatte aber damals keine deutliche Lähmung der Beine. Er konnte drei bis 4 Stunden laufen. In der Schule nicht zu gebrauchen. Circa im vierzehnten Jahre in die Epileptiker-Anstalt aufgenommen.

Status am 29. November 1892. Der rechte Oberarm steht fest an die Thoraxseite angepresst (cfr. Fig. 24). Der Unterarm steht im Ellbogen spitzwinklig gebeugt. Die pronirte Hand ist volarwärts gebeugt. Die gesammte Musculatur des rechten Armes zeigt starken Spasmus. Passive Streckung aus der Beugestellung nur in mässiger Ausdehnung möglich. Active Streckung des Unterarmes unmöglich, ebenso Dorsalflexion der Hand. Supination activ und passiv unmöglich. Wohl aber können die proximalen Phalangen der Finger gegen den Metacarpus gestreckt werden, ebenso die anderen Phalangen. Beugung der Finger in mässigem Grade möglich. Die rechte Schulter ist stark in die Höhe gezogen, so dass das Schlüsselbein steiler nach aussen oben steht. Ausserdem ist das rechte Schulterblatt medianwärts und etwas nach hinten gezogen, so dass das Schlüsselbein nicht blos abnorm nach oben, sondern auch nach hinten gerichtet ist. Dadurch kommt eine beträchtliche Verschmälerung des Schultergürtels rechts zustande. Die nach hinten oben gerichtete Clavicula bildet mit dem Cucullaris eine abnorm schmale, aber tiefe Fossa supraclavicularis. Wenn man an der Rückwand dieser nach vorn und oben geöffneten Supraclaviculargrube eindrückt, trifft man auf den oberen Rand der nach oben gezogenen Scapula. Breite des Schultergürtels, gemessen von der Fossa jugularis bis zum Akromion, links 23 Cm., rechts 19 Cm. Die rechte Axillarfalte steht circa 1 Cm. höher als die linke. Die rechte Mamille ½ Cm. höher als die linke. Der untere Winkel der rechten Scapula steht circa 4 Cm. höher als der der linken Seite. Die innere Kante steht rechts mehr parallel als links zu der Linie der Dornfortsätze. Der untere Winkel steht rechts 7 Cm., links 9 Cm. von der Linie der Proc. spinosi entfernt. Der rechte untere Winkel ist näher an den Thorax angezogen als der linke. Dagegen steht der obere Rand der inneren

Scapularkante rechts weiter vom Thorax ab als links. Dadurch kommt rechts

Fig. 24.



eine zur Linie der Dornfortsätze fast parallele scharf hervorspringende Leiste zustande. An ihrem oberen Drittel spannt sich ein aus mehreren Strängen bestehen-

des Muskelband zwischen beiden aus (Musculi rhomboïdei). Der ganze rechte Schultergürtel erscheint also nach hinten oben und etwas medianwärts verschoben. Der Humerus erscheint etwas nach innen rotirt.

Umfänge an den Armen:	links Cm.	rechts Cm.
Mitte des Biceps	23	18
Handgelenk (nb. Differenz zu Gunsten der rechten Seite wegen des starken Vorspringens der Sehnen der Beuger der rechten Hand)	17	18
Unterarm 10 Cm. über dem Proc. styl. ulnae . .	$19^1/_2$	17
Handrücken am Phalango-Metacarpalgelenk	19	$17^1/_2$
Längenmaasse:		
Oberarm vom Akromion bis Olekranon . . .	35	$33^1/_2$
Unterarm vom Olekranon bis Proc. stil. ulnae bei pronirter Stellung	27	$26^1/_2$

Functionen: Active Hebung des rechten Armes nach seitwärts bei festgehaltenem Schultergürtel fast gar nicht möglich. Es macht sich dabei starke Spannung in den Muskeln, welche den Arm am Thorax halten, bemerklich. Dagegen ist der Mann imstande, den ganzen rechten Schultergürtel noch etwas zu heben.

Das rechte Bein ist steif gestreckt, circa 3 Cm. kürzer als das linke.

Das rechte Knie steht bei aufrechter Haltung circa 5 Cm. gegen das linke, etwas nach vorn gebeugte zurück. Die gesammte Musculatur des rechten Beines in starker Spannung. Der Rectus cruris befindet sich in starken andauernden klonischen Zuckungen. Sehr auffällig ist, dass die Haut über diesem zuckenden Muskel sehr warm ist, während das Bein im übrigen kühler ist, als das linke. Bei starker Anstrengung lässt sich der Widerstand der Musculatur überwinden und das Bein sich beugen. Der Kranke geht mit ganz steifem gestreckten rechten Bein, kann jedoch mit Mühe das Bein beugen.

Z. steht gewöhnlich auf dem kürzeren, ganz gestreckten rechten Bein bei etwas gebeugtem linken Bein. Wenn man den Mann sich auf das linke Bein stellen lässt, so tritt rechts Spitzfussstellung auf mit Beugung der Zehen. Kopfbewegungen bis auf das Neigen nach links, welches durch den angespannten Cucullaris der rechten Seite verhindert wird, frei.

Von hervorragendem Interesse in diesem Falle ist die starke Betheiligung der Musculatur des rechten Schultergürtels, wie sie sonst wohl bei cerebralen Hemiplegieen nicht vorkommt. Auch die Stellung des Armes bietet manches Merkwürdige.

Derselbe steht fest an den Thorax angepresst. Der Spasmus ist im Uebergewicht im Musculus biceps (Nervus musculo-cutaneus); der Triceps (Nervus radialis) ist im Untergewicht. Unterarm und Hand stehen stark pronirt. Supination, welche vom Supinator longus bewirkt wird (Nervus radialis), ist gar nicht möglich. Auch hier ist der Radialis im Untergewicht. In dieser pronirten Stellung ist die Hand stark gebeugt, d. h. Uebergewicht des Medianus gegen den Radialis. Dass es sich nicht blos um Folgen der Schwere bei einfacher Lähmung im Radialisgebiet handelt, wie bei der gewöhnlichen Radialislähmung, ist bei dem Versuch, die Hand passiv zu bewegen, leicht zu erkennen. Es handelt sich um ausgeprägten Spasmus mit Uebergewicht der Beuger.

Während also am Arm eine ausgeprägte Beugecontractur vorhanden ist und ausserdem der Schultergürtel sich sehr betheiligt zeigt, finden sich am rechten Beine die Strecker im Uebergewicht. Eine vor-

handene Asymmetrie des Gesichtes ist neurologisch indifferent, weil es sich um eine Localerkrankung des linken Unterkiefers handelt.

Z. zeigt also eine spastische Lähmung der rechten Extremitäten, verbunden mit Entwickelungshemmung dieser, ferner starke Intelligenzstörungen und epileptische Anfälle. Da diese Intelligenzstörungen schon bis in die ersten Lebensjahre zurückreichen, so könnte man bei ihm von Idiotie sprechen. Das wäre aber gerade so verkehrt, als wenn man bei einem Paralytiker, welcher im Laufe der Erkrankung unsittliche Züge zeigt, Moral insanity diagnosticiren wollte. Man darf eben in solchen Fällen nicht von Idiotie oder Epilepsie reden, sondern muss ganz bestimmt die Diagnose auf Porenkephalie stellen, aus welcher sich die Intelligenzstörungen und die Epilepsie als Symptome erklären.

Wo der Herd in diesem Falle sitzt, wäre sehr interessant zu wissen. Aber gerade bei Porenkephalen mit ihren ganz ungewöhnlichen Lähmungserscheinungen muss man mit der schematischen Anwendung der Localisationslehren, wonach der Herd in dem mittleren Theil der linken Centralwindungen sitzen würde, sehr vorsichtig sein. Vielmehr wird eben gerade die Localisationslehre aus der Analyse solcher Fälle noch grosse Anregungen bekommen.

Es muss nun in Bezug auf die Bewegungsstörungen bei Z. ausdrücklich betont werden, dass das Typische nur in der Combination von spastischer Lähmung der Extremitäten einer Seite mit Entwickelungshemmung liegt, während alles andere in der Beschreibung Gegebene individuelle Eigenthümlichkeit des Falles ist. Entsprechend zeigt fast jeder einzelne Fall die sonderbarsten motorischen Erscheinungen.

Manchmal sind die Bewegungsstörungen ausserordentlich gering, so dass die Diagnose auf Porenkephalie kaum zu stellen ist. Da nun ferner Blödsinn und Epilepsie nicht nothwendig mit diesem Gehirnzustand verknüpft sind, so kann es vorkommen, dass bei der Section von Menschen, welche psychologisch, neurologisch und morphologisch kaum als abnorm aufgefallen sind, porenkephalische Herde gefunden werden.

Noch in einer Beziehung können Untersuchungen an Porenkephalen vielleicht noch sehr werthvoll für die Wissenschaft werden, nämlich in craniologischer. Die Natur hat hier in der That ein Experiment an dem menschlichen Hirn gemacht, welches sonst nur von Menschen an Thieren gemacht worden ist, sie hat nämlich während der Zeit der Entwickelung sozusagen einen Theil des Gehirns entfernt. Wer sich für eine wirklich physiologische Craniologie interessirt, wird vielleicht bei der Kopf- und Schädelmessung an Porenkephalischen und aus dem Vergleich dieser Messungen mit dem Substanzdefect wichtige Schlüsse auf die Mechanik des Hirn-Schädelwachsthums machen können. Während sonst in der Morphologie z. B. bei den sogenannten Degenerationszeichen in Bezug auf die Genesis dieser Bildungen fast völliges Dunkel herrscht, welches durch den häufigen Gebrauch des Wortes Degeneration keineswegs lichter wird, ist vielleicht bei Porenkephalischen noch am ehesten Aussicht, die physiologischen Gründe morphologischer Zustände zu finden.

Deshalb theile ich jetzt einen Fall von Porenkephalie mit, welcher sich, abgesehen von dem Symptomencomplex: Hemiplegie mit Wachsthumshemmung und Epilepsie, durch eine abnorme Schädelform auszeichnet, die höchst wahrscheinlich mit dem Hirndefect zusammenhängt.

III. Beobachtung. Kaspar Weikert aus Nordheim, geboren 1836, Insasse der Epileptikerpfründe in Würzburg (cfr. Fig. 25). Er bekam circa im dritten Jahre seines Lebens Krämpfe, die sich in seine weiterhin vorhandene Epilepsie fortsetzten. Seit dem Auftreten der Krämpfe ist er stumm. Zur Zeit (1893) besteht eine in ihrer speciellen Form auffallende spastische Lähmung des linken Armes

Fig. 25.



und linken Beines. Das linke Bein ist viel geringer entwickelt als das rechte. Die Wachsthumshemmung betrifft alle Gewebe anscheinend in gleicher Weise. Der linke Oberschenkel steht gegen den Rumpf gebeugt und etwas adducirt. Der linke Arm ist ebenfalls geringer entwickelt als der rechte, steht gebeugt. Die Finger sind in den Interphalangealgelenken gestreckt, in toto gegen den Metacarpus gebeugt.

W. ist, ohne taub oder blödsinnig zu sein, **fast völlig stumm**, vermöge einer starken, cerebral bedingten Articulationsstörung im Facialis- und Hypoglossusgebiet. Eine Verschiedenheit der Facialisinnervation ist nicht zu bemerken. Pfeifen, Schnauze bilden etc. ist unmöglich. Mimischer Ausdruck sehr intensiv. Sprachartieulation ganz unmöglich. Fordert man den Patienten auf, die Zunge herauszustrecken, so bewegt er den ganzen Unterkiefer nach vorn und scheint vergeblich eine Innervation der Zunge zu versuchen. Dabei wird die Zungenspitze auf der unteren Zahnreihe gleitend bis zur Mitte der Unterlippe geführt. Die Zunge selbst ist wohlgenährt. Fordert man den Patienten auf, bei geöffnetem Munde die Zunge zu bewegen, so ist er nicht imstande, dieselbe von dem Mundboden zu erheben, man bemerkt jedoch ein Convexwerden des vorher flach ausgestreckten Organs, so dass gleichzeitig die Zungenspitze eine Kleinigkeit nach vorn geschoben wird. Dadurch erklärt sich die oben erwähnte Thatsache, dass der Patient die Zunge bis zur Mitte der Unterlippe hervorbringen kann. Eine Verschiedenheit zwischen rechts und links, beziehungsweise ein Abweichen der Zunge ist bei der erwähnten Innervation nicht zu bemerken. Bei der Production des Lautes a, welchen er von allen Vocalen allein verständlich vorbringt, bleibt die Zunge in toto unbeweglich am Boden der Mundhöhle liegen, während an ihrem Rücken im mittleren Abschnitt an der Medianlinie eine Convexität bemerklich wird. Dabei ist eine Innervation des weichen Gaumens deutlich sichtbar.

Saugen kann W. wie die kleinen Kinder, indem er die Zunge als Stempel benützt und ruckweise zieht.

Trotz der Unfähigkeit, Laute zu produciren, hat er die Worte, welche zu Personen und Gegenständen gehören, im Bewusstsein, ja er versucht sie sogar richtig zu articuliren. Sein Gestöhn hat eben so viel Absätze als das Wort Silben hat.

Der Schädel zeigt auffallende Form (cfr. Fig. 25), das Stirnbein zeichnet sich durch grosse Steilheit und Höhe aus. Die beiden Scheitelbeine sind, von vorne nach hinten gerechnet, kurz und zeigen auf der kurzen Strecke eine starke Convexität nach oben. Die beiden Tubera parietalia sitzen dicht neben der Medianlinie an den höchsten Punkten der Schädelwölbung. Höhe des Stirnbeins über der Nasenwurzel 11 Cm. Das Maass von der Coronarnaht bis zum höchsten Punkt der Schädelwölbung beträgt 5 Cm., von da bis zum Beginn des Hinterhauptbeins 5 Cm., so dass die Länge der Scheitelbeine in der Medianlinie gemessen 10 Cm. beträgt. Der Hinterkopf fällt vom Scheitel an gerechnet sehr steil ab. Der rechte Scheitelbeinhöcker erscheint eine Kleinigkeit weniger gewölbt als der linke. Der Schädelumfang beträgt, gemessen in der *Rieger*'schen Horizontale, 49 Cm.

Es zeigt sich also folgender Symptomencomplex:

1. Eine von dem gewöhnlichen Bild der spastischen Hemiplegie ganz abweichende Lähmung der linken Extremitäten; Wachsthumshemmung dieser Extremitäten, 2. durch Mangel an Articulation bedingte Stummheit ohne Taubheit und ohne Intelligenzstörungen, 3. schwere Epilepsie. Im Hinblick auf Nr. 1 ist entschieden die Diagnose auf Porenkephalie zu stellen und die Epilepsie daraus als Folgezustand oder Symptom abzuleiten. Die Erklärung von Nr. 2 (articulatorisch bedingte Stummheit) aus dem Hirnzustande wäre ein physiologisch sehr wichtiges Problem.

Nach dem am 17. März 1897 infolge septischer Gelenkentzündung erfolgten Tode zeigte sich ein grosser porenkephalischer Defect in der **rechten** Hemisphäre, ausserdem ein kleiner Defect in der **linken**. Nach den mir von Herrn Professor *Rieger* in Würzburg gesandten Photographieen ist rechts die **Umgebung der Fossa Sylvii** an der unteren Stirnwindung, dem Gyrus centralis anterior und posterior, dem Gyrus supramarginalis, sowie dem oberen Schläfenlappen zerstört. Links sitzt der Herd anscheinend am hinteren oberen Ende der Fossa Sylvii. Interessant ist die Unversehrtheit der *Broca*'schen Windung links im Hinblick auf die beobachtete Art der Sprachstörung.

Zum Schluss dieser kurzen Charakterisirung wollen wir nochmals hervorheben, dass die Epilepsie und der Schwachsinn in solchen Fällen durchaus als Symptom des bestimmt zu bezeichnenden Hirnzustandes, nicht aber als wesentliche Krankheit aufgefasst werden muss.

Cretinismus.

Der Cretinismus ist eine morphologisch charakterisirbare Krankheitsform, welche aus dem Sammelbegriff der Idiotie herausgehoben werden muss.

Die mit Cretinismus behafteten Menschen zeichnen sich zunächst durch eine abnorme Kleinheit bei relativ sehr grosser Breiten- und Tiefendimension aus. Das Kriterium der Kleinheit allein genügt jedoch nicht, um die Rubrik Cretinismus in Anwendung bringen zu lassen. Es handelt sich um eine, durch bestimmte Eigenthümlichkeit des Knochenwachsthums bedingte Kleinheit. Dabei liegt nicht eine Verkleinerung der Knochen durch Verkrümmung wie nach Rhachitis vor, sondern eine Hemmung des Längenwachsthums. Auf die pathologisch-anatomische Seite der Frage haben wir hier nicht einzugehen, da es uns zunächst nur um eine klinische Abgrenzung und um die Auffindung bestimmter differentialdiagnostischer Merkmale zu thun ist. Die Knochen der Cretinen sind also nicht rhachitisch verkrümmt, sondern zu kurz, aber im übrigen richtig geformt. Wie die Gesammtlänge des Körpers zu der Breite und Tiefe im Missverhältnis steht, so sind auch die Knochen relativ zu kurz im Verhältnis zu ihrem Querschnitt. Post mortem ist dabei oft Mangel an Verwachsung zwischen der Diaphyse und der im knorpeligen Zustand verbliebenen Epiphyse zu erkennen, worin sich die Hemmung der Entwickelung des Knochensystems am deutlichsten darstellt.

Es muss jedoch hierbei eine Einschränkung gemacht werden. Diese Wachsthumshemmung bezieht sich nur auf die Skeletknochen und die Knochen der Schädelbasis, während die Knochen des Schädelgewölbes sich vollkommen entwickelt zeigen. Dieser morphologische Unterschied beweist mit dem histologischen zusammen, dass erstere (Skelet- und Schädelbasisknochen) sich aus einer knorpeligen, letztere (die des Schädeldaches) sich aus einer bindegewebigen Anlage entwickeln. Es sind also nur die zur ersten histologischen Kategorie gehörenden von der Wachsthumshemmung betroffen.

Diese pathologisch-anatomischen Unterschiede machen sich nun klinisch in einer ganz gesetzmässigen Weise bemerkbar. Da die Schädelbasis verkürzt ist wegen der Wachsthumshemmung der sie zusammensetzenden Knochen, während die einzelnen Theile des Schädelgewölbes sich zu normaler Grösse entwickeln, so erscheint die Nasenwurzel gegen die Stirn eingedrückt, was allen Cretinenphysiognomieen ein ganz charakteristisches Gepräge giebt. Die Nase selbst ist kurz und breit, was seinen Grund ebenfalls in Entwickelungshemmung der Knochen hat.

Im Uebrigen giebt es am Schädel der Cretinen kein craniologisches Merkmal, um sie ohne weiteres zu erkennen. Eine frühzeitige Verschmelzung der Schädelknochen, welche in manchen Fällen vorkommt, ohne dass sie die Ursache der Wachsthumshemmung wäre, kommt klinisch nicht in Betracht. Höchstens kann ein abnorm langes Persistiren der Nähte am Cretinenschädel, welches relativ viel häufiger vorkommt, sich klinisch

durch Offenbleiben der grossen Fontanelle bis in das dritte Lebensjahrzehnt bemerklich machen.

Die Physiognomie des Cretins bekommt nun ferner einen ganz eigenartigen Zug durch die Beschaffenheit der Haut, welche man als Myxödem (ἡ μύξα Schleim, οἴδημα Schwellung) bezeichnet. Die Haut ist sehr verdickt und fühlt sich teigig an, ohne dass beim Eindrücken der Finger ein Zeichen von wirklichem Oedem zurückbliebe. Diese teigige, in grossen Falten abhebbare, runzelige Haut ist am ganzen Körper vorhanden, am meisten am Gesicht, welches dadurch etwas Gedunsenes bekommt. Die eingedrückte Nase, die gedunsene Haut, die relative Kleinheit des Gesichtes gegen den Hirnschädel machen das Charakteristische der Cretinenphysiognomie aus.

Abgesehen von Knochenbau, Physiognomie und Hautzustand ist es vor allem der fast regelmässig veränderte Zustand der Schilddrüse, welcher für die klinische Abgrenzung des Cretinismus in Betracht kommt. Entweder haben die Cretinen Kröpfe, oder man kann gar keine Schilddrüse entdecken. Man hat nun die eigentlichen pathologischen Zustände des Bildes (die Cretinenphysiognomie ist eine Resultireude daraus), nämlich Wachsthumshemmung der Knochen und Myxödem, als zwei Wirkungen einer Ursache, welche von der pathologischen Veränderung der Schilddrüse abhängt, aufgefasst. Am bemerkenswerthesten hierfür war die Thatsache, dass die höchsten Grade von Cretinismus mit völligem Fehlen der Schilddrüse zusammentrafen. Ferner zeigte sich, dass nach Exstirpation der Schilddrüse beim Menschen eine myxödematöse Hautbeschaffenheit und eine chronische Schädigung der geistigen Functionen auftrat. Derselbe Symptomencomplex wurde nun auch ohne Schilddrüsenexstirpation als selbständige Krankheit beobachtet, als deren Ursache man eine Schädigung der Schilddrüse annahm. Aus der Analogie mit den Geistesstörungen bei der Cachexia strumipriva und bei dem Myxödem lassen sich nun auch die psychopathischen Zustände beim Cretinismus erklärlich finden. Allerdings muss betont werden, dass ein gesetzmässiger Parallelismus zwischen dem morphologischen Grad des Cretinismus und dem geistigen Verfall nicht existirt. Es giebt eine Reihe von schwer cretinösen Individuen, welche intellectuell ziemlich hoch stehen und in der socialen Gemeinschaft als thätige Mitglieder ihr Auskommen finden, während andere Cretinen intellectuell unter den Thieren stehen.

Man denkt sich nun also den Zusammenhang zwischen Schilddrüsenveränderung, Myxödem, Wachsthumshemmung und Geistesstörung folgendermaassen: Durch ein von aussen kommendes Agens wird die Schilddrüse in ihrer Function gestört. Dadurch entsteht oder persistirt im Körper ein Gift, welches an verschiedenen Stellen oder Organen angreift (Haut, Knochensystem, Nervensystem) und die Function dieser Organe mehr oder minder stört. Die morphologische Abnormität ist also nicht als Ursache der cerebralen, beziehungsweise psychischen Störung aufzufassen, sondern als eine mit der cerebralen Functionsstörung coordinirte Folge eines bestimmten, aus dem Körper stammenden, durch äussere Schädlichkeiten nur indirect nach Schilddrüsenerkrankung hervorgerufenen Agens.

Hier liegt der grosse Unterschied des Cretinismus als einer morphologisch charakterisirbaren Krankheitsform gegenüber denjenigen Formen von Idiotie, welche durch organische Gehirnstörung bedingt sind, z. B. Poren-

kephalie. In diesem Falle ist der Zusammenhang zwischen dem optisch fassbaren Befund und der Störung der cerebralen Functionen viel enger als bei dem Cretinismus, bei welchem gewissermaassen nur morphologische Signale vorhanden sind, die auf ein nach verschiedenen Richtungen wirkendes pathogenes Agens deuten. Sollte man dieses finden, so wäre natürlich der Cretinismus in die Reihe der Intoxicationskrankheiten zu stellen.

In den folgenden Beobachtungen möchte ich nun vor allem die verschiedenen Grade von Intelligenzstöruug ins Licht treten lassen, welche sich bei dem Cretinismus zeigen.

I. Beobachtung. Cretine Poehl, Exitus letalis im Alter von 32 Jahren. Klinische Beobachtung fehlt. Die Leiche wurde der psychiatrischen Klinik von einem Landarzt, früherem Hörer der Klinik, zugesandt. Der Körper ist der eines circa 2jährigen Kindes. Der Kopf ist abnorm gross. Die Nasenwurzel liegt sehr tief. Die Haut ist dick und vielfach gerunzelt. Die Zunge ist sehr gross. Die Leiche zeigte also alle morphologischen Eigenthümlichkeiten des Cretinismus. Ueber den früheren Zustand sind spärliche Nachrichten zu erhalten. Sie lag Tag und Nacht im Bett. Stellte man sie neben das Bett auf die Füsse, so schob sie sich mit Zuhilfenahme der Hände an demselben einige Schritte seitwärts. Sie konnte also die Extremitäten etwas gebrauchen. Für Sprache war sie vollkommen unempfänglich. Für Gesticulation zeigte sie minimales Verständnis. Sie stand also auf dem denkbar niedrigsten geistigen Niveau. Menstruirt war sie nie.

Bei der Section zeigte sich keine Spur von Schilddrüse. Nur fand sich an der linken Seite am Sternocleidomastoideus eine accessorische Drüse, deren mikroskopische Untersuchung leider nicht vorgenommen wurde.

Am bemerkenswerthesten sind die Verhältnisse des Skelettes, welche auf den beigegebenen Bildern (Fig. 26 u. 27, das rechts stehende Skelet von den drei abgebildeten) ziemlich deutlich hervortreten.

Wie auf dem mitphotographirten Maassstab ersichtlich ist, beträgt die Länge des Skelettes circa 85 Cm. Am Schädel, der relativ sehr gross ist, fällt zunächst das Offenstehen der grossen Fontanelle auf. Alle Nähte sind erhalten. Die einzelnen Knochen der Schädelbasis zeigen noch keine Verwachsung. Am ganzen Skelet hat noch keine Vereinigung der Epiphysen und Diaphysen stattgefunden.

Es handelt sich also um eine Wachsthumshemmung der Knochen, ohne die Synostosen, welche früher als charakteristisch für das Cretinenskelet angenommen wurden.

Zum Vergleich des Skelettes gebe ich auf dem Bilde zwei andere Arten von Abnormität der Knochen, welche mit angeborenem Schwachsinn verbunden sein kann.

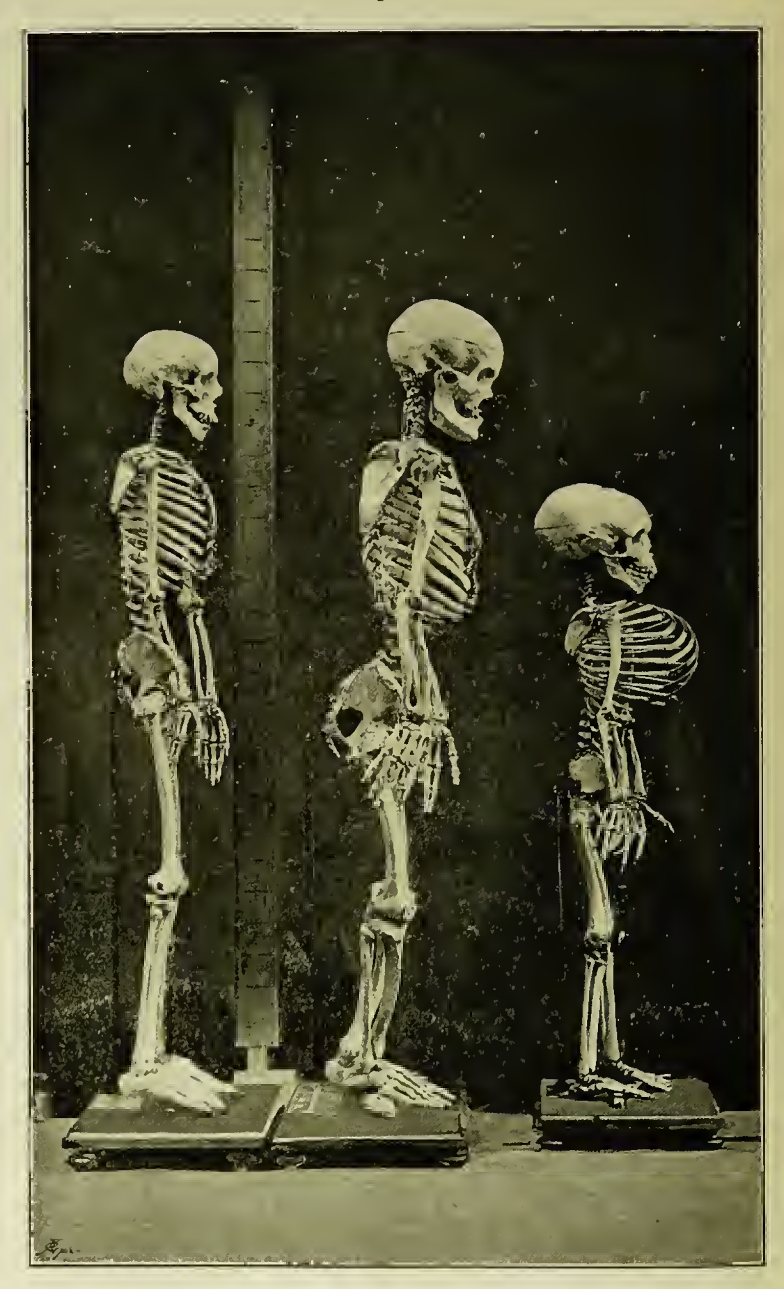
Das links stehende Skelet stammt von einer Mikrokephalin Agnes Meckel, gestorben im 33. Jahr, über welche in dem Capitel Mikrokephalie genauere Angaben gemacht wurden. Bei diesem Skelet, welches 1·10 Meter lang ist, zeigt sich nichts von dem beim Cretinismus die Regel bildenden Zurückbleiben des Längenwachsthums der Knochen gegenüber dem Breitenwachsthum. Es ist eigentlich als Miniaturausgabe des normalen Skelettes zu bezeichnen.

Das mittlere Bild stammt von einem rhachitischen Zwerg (Pfrenzinger, Exitus letalis im 60. Jahr). An dem Skelet ist die Verbiegung der durch die Rhachitis widerstandsunfähig gewordenen Knochen sehr deutlich zu sehen.

Es erscheint nun klinisch ganz unzulässig, solche morphologisch ganz verschiedenen Typen, selbst wenn sie das gemeinsame Symptom des angeborenen Schwachsinns darbieten, zusammenzuwerfen.

II. Beobachtung (cfr. Fig. 28). Ferdinand Stock, geboren 1877, zur Zeit also fast 24 Jahre, Insasse der psychiatrischen Klinik zu Würzburg. Uneheliches

Fig. 26.



Kind, in Würzburg gezeugt, in Hirschfeld, Bezirk Schweinfurt, zur Welt gekommen und dort aufgezogen. Beide Orte sind frei von endemischem Kropf. Nach der Geburt

nichts Abnormes bemerkt. Im dritten Jahre fiel den Eltern auf, dass das Kind nicht lief, nicht sprach und immer mehr gedunsen aussah. Worte hat das Kind nie ver-

Fig. 27.



standen, es hörte nie auf seinen Namen. Die Hände konnte es bewegen, besonders zum Greifen. Die Beine bewegte es nur selten. Stehen hat es nie gelernt.

Bei der Aufnahme, Juni 1891, zeigte sich ein unverkennbarer cretinöser Zustand bei dem Kinde, abnorme Kleinheit. Das 14jährige Kind ist 50 Cm. lang, hat einen abnorm grossen Kopf. Die grosse Fontanelle ist in grosser Ausdehnung zu fühlen. (Die Fontanelle ist während der Beobachtungszeit bis zum Jahre 1893 kleiner geworden, was mit den anderweitig beobachteten Thatsachen über spätes, ganz minimales Wachsthum bei Cretinen sehr gut zusammenstimmt.) Nasenwurzel tief eingesunken. Nase kurz und „aufgestülpt“ Dieser Zustand ist auf der im Jahre 1893 aufgenommenen Photographie deutlich erkennbar.

Fig. 28.



Schilddrüse scheint völlig zu fehlen, ist wenigstens bei sorgfältigster Untersuchung nicht zu fühlen. Allgemeines Myxödem. Das Kind liegt meist mit emporgezogenen Knieen im Bett, die Beine werden fast gar nicht activ bewegt. Mit den Händen kann es sehr gut greifen und auch kleine Gegenstände halten, z. B. den Löffel. Das Kind hat während des Anstaltsaufenthaltes mit dem Löffel essen gelernt. Ferner hat es gelernt, sich im Bett rutschend allmählich nach vorn zu bewegen. Für Worte ist es ganz verständnislos. Es giebt manchmal ein eigenthümliches grunzendes Heulen von sich, besonders wenn es missvergnügt ist. Es hat ein überraschend intensives Mienenspiel für die beiden Affecte Freude und Leid. Dieser physiognomische Ausdruck bekommt durch die gleichzeitige myxödematöse Schwellung der Gesichtshaut, besonders auch an den Augenlidern, eine

unbeschreibliche Eigenart. Den Ausdruck von Affecten, besonders von Freude, begleitet es mit einem ganz sonderbaren rhythmischen Wiegen des Kopfes, wie man es manchmal bei Pferden findet. Für optische Eindrücke ist etwas Verständnis vorhanden. Wenn man das Kind lachend längere Zeit ansieht, so beginnt es oft seine rhythmischen Bewegungen. Nach vorgehaltenen Gegenständen greift es und hält sie fest. Hingehaltene Esswaaren kann es unterscheiden. Wenn man ein Stück Semmel an dem Fussende seiner Bettstelle festmacht, so kriecht es allmählich hin und sucht es zu erreichen. Wenn das Essen in die Abtheilung gebracht wird und es bekommt nicht alsbald etwas, so verzieht es das Gesicht zu einer Art traurigem Grinsen und stösst manchmal einen grunzenden Laut aus.

Während der Beobachtungszeit bis 1893, also bis zu seinem 16. Lebensjahre, ist es entschieden in seinem minimalen Vorstellungskreis etwas lebhafter geworden. Eine nachweisliche Veränderung am Skelet bis auf das Kleinerwerden der grossen Fontanelle ist während der zweijährigen klinischen Beobachtung nicht vorgegangen.

Sehr auffallend ist der häufige Wechsel in dem Grade des Myxödems, welches sich in der Körpergewichtscurve durch relativ sehr beträchtliche Schwankungen ausdrückt. Im Hinblick auf das Offenbleiben der Fontanelle ist zu vermuthen, dass das Skelet einen ähnlichen Befund aufweisen wird, wie das der Cretine Poehl.

S. wog beim Eintritt 14 Kgrm., nach einem Jahre 15 Kgrm., nach weiteren 3 Monaten mehrere Wochen lang fast 16 Kilo, am Ende des vierten Monats 14·750 Kgrm. Das Gewicht fiel dann in 5 Wochen auf 13·250, hob sich dann auf 14, worauf es durch fast 3 Monate mit auffallender Constanz blieb, hob sich dann durch mehrere Monate ganz allmählich auf 15 Kgrm. und zeigte dann wieder mehrfache Perioden von lebhaften Schwankungen u. s. f.

Es kommen also in dieser Gewichtscurve Differenzen von circa 2·50 Kgrm. bei einem Durchschnittsgewicht von circa 15 Kgrm vor, also von einem Sechstel des ganzen Körpergewichtes. Das wäre dasselbe, als wenn ein Mensch von 150 Pfund Schwankungen von circa 25 Pfund zeigt. Als Ursache liessen sich keine sonstigen körperlichen Krankheiten heranziehen, auch keine Koprostasen, Urinverhaltungen etc., wohl aber der Wechsel im Grade des enorm ausgebildeten Myxödems.

Unterdessen ist S. fast 24 Jahr alt geworden. Nach Mittheilung von Herrn Prof. *Rieger* in Würzburg hat sich der Zustand im Wesentlichen nicht verändert. Nur hat die Grösse bis 103 Cm. und das Gewicht bis 20 Kgrm. zugenommen.

Interessant an dem Fall ist besonders das Fehlen von endemischem Kropf in den Orten, an denen S. sich im embryonalen und infantilen Zustand befunden hat. Man hat nämlich den Satz aufgestellt, dass Cretinismus nur in den Gegenden mit endemischem Kropf vorkäme, dessen ätiologisches Agens für identisch mit dem beim Cretinismus wirkenden erklärt worden ist. Die ausnahmslose Giltigkeit des Satzes erscheint zweifelhaft, und schon deshalb ist es für praktische Aerzte, auch wenn sie nicht in einer Kropf- und Cretinengegend leben, gut, diese Krankheitsform zu kennen.

III. Beobachtung (cfr. Fig. 29 rechts). Martin Ebert, geboren 1838 in Kleinrinderfeld bei Würzburg. In seiner Heimat Kleinrinderfeld kann von endemischem Kropf oder Cretinismus nicht die Rede sein. Eine in der Idiotenstatistik aufgezählte Person aus Kleinrinderfeld war einfach idiotisch, hatte nichts cretinöses an sich.

Der Vater war ein starker Trinker. Ebert hat die Schule völlig besucht, kann lesen, schreiben, rechnen. Kennt die Verhältnisse im Dorfe ganz gut. Hat

Fig. 29.



sich durch Schneidern etwas verdient. Bei der Anmeldung für eine Pfründe im Juliusspitale wird er entdeckt und in die Klinik aufgenommen.

Ebert zeigt einen typisch cretinösen Habitus, Körperlänge 130 Cm., der Kopf abnorm dick, Nasenwurzel eingesunken. Ganz enormes Myxödem, so dass

er kaum aus den Augen sehen kann. Präputium abnorm lang. Schilddrüse schwer zu fühlen, anscheind sehr klein.

E. ist also rein durch Zufall psychiatrisches Studienobject geworden, während er social trotz seines starken Cretinismus nicht unmöglich gewesen war.

Der Tod erfolgte nach Mittheilung von Herrn Professor *Rieger* in Würzburg am 24. April 1894 im Alter von 56 Jahren. Das Hirn wog 1270 Grm., erschien durchaus normal. Die Schilddrüse fehlte nicht völlig, sondern es war eine 10 Grm. schwere Schilddrüse vorhanden, an der sich mikroskopisch nichts Besonderes fand.

IV. Beobachtung (cfr. Fig. 29 links). Adam Söllner, geboren 1814 (!) in Weger, Bezirk Schweinfurt in Unterfranken. In dieser Gegend waren früher viele Cretinen. Söllner hat die Schule besucht, er kann noch seinen Namen schreiben, sonst fast nichts. Er stand wegen Geistesschwäsche unter Curatel. War immer nur zu ganz einfachen Arbeiten zu gebrauchen. Seit mehreren Jahren in der Pfründe des Juliusspitales. August 1890 kam er wegen Steigerung seines Myxödems ins Krankenzimmer. Zeigte enorme schwammige Verdickung der Haut, besonders auch an den Fussgelenken (was sich auf dem Bild besonders durch die grossen Hautfalten sehr deulich zeigt), ferner im Gesicht.

Söllner hat zeitweise förmliche „Anfälle“ von Myxödem bekommen. Seine Gestalt ist 140 Cm. hoch, zeigt die charakteristischen Eigenthümlichkeiten des Cretinenskelettes, sehr dicken Kopf, eingesunkene Nasenwurzel. Fontanellen verstrichen. Schilddrüse nicht zu fühlen. Er ist ganz taub, was auf einer Sklerosirung der Paukenhöhle mit Ankylosirung der Gehörknöchelchen beruht.

S. ist am 24. Juni 1900 im 86. Lebensjahr gestorben. „Das Gehirn wog 1102 Grm., der Schädel hatte einen Inhalt von 1350 Grm.“ Das Gehirn erschien normal. Schilddrüse fehlte nicht ganz, wog 14 Grm.

Die Vergleichung dieser beiden Fälle ist interessant durch die Incongruenz zwischen Abnormitäten des Knochenskelettes und Intelligenzzustand. Morphologisch stand S. entschieden höher als Ebert. Intellectuell überragte Ebert den Söllner bedeutend. Söllner war aus Nothwendigkeit psychiatrisches Object, Ebert aus Zufall. In Bezug auf das Myxödem zeigte Söllner den höheren Grad und stärkere Schwankungen. Hier wird also die Incongruenz zwischen morphologischem Zustand und psychischer Schwäche deutlich. Trotzdem muss der psychische Defect als Folge der dem Cretinismus zugrunde liegenden Schädigung des Organismus aufgefasst werden. Dieses schädigende Agens greift eben bald am Knochensystem, bald am Nervensystem mehr an. Jedenfalls muss der durch Cretinismus bedingte Schwachsinn durchaus aus dem allgemeinen Begriff der Idiotie als ganz gesonderte Krankheit herausgehoben werden.

Insofern, als dabei die toxische Wirkung eines Stoffes anzunehmen ist, welcher infolge Erkrankung der Schilddrüse entsteht oder nicht zerstört wird, bildet die Betrachtung dieses Krankheitsbildes, dessen Diagnose wesentlich auf morphologischen Kennzeichen beruht, die Ueberleitung zu der Gruppe der Intoxicationskrankheiten.

Gruppe A II.

Die durch chemische Beeinflussung des Gehirns bedingten Geistesstörungen.

In unserer Eintheilung der Psychosen sind die durch chemische Beeinflussung des Gehirns bedingten Geistesstörungen mit den von einem anatomischen Befund begleiteten insofern coordinirt worden, als sich in beiden Gruppen etwas über die materielle Aenderung der Nervensubstanz aussagen lässt. Die das Gehirn schädigenden Gifte können nun entweder von aussen in den Körper gedrungen oder in diesem selbst entstanden sein. Zu den ersteren gehören einerseits vergiftend wirkende Genussmittel und Narcotica (Alkohol, Morphium, Cocain), andererseits gewerbliche Gifte (Blei, Schwefelkohlenstoff u. a.), welch letztere bei der wachsenden Aufmerksamkeit auf die Schäden technischer und industrieller Betriebe immer mehr in den Vordergrund treten.

Bei den in dem Körper entstehenden Giften handelt es sich in erster Linie um Bildung oder Zurückhaltung von Stoffen im Körper, welche unter normalen Stoffwechselverhältnissen ausgeschieden oder umgewandelt werden. Hierher gehören zweifellos Urämie und Diabetes.

Die Autoïntoxicationsdelirien bei diesen Krankheiten haben für den praktischen Arzt deshalb eine grosse Wichtigkeit, weil die richtige Diagnose in solchen Fällen in Bezug auf die Nothwendigkeit einer Anstaltsbehandlung von grosser Bedeutung ist. Gerade diese Frage wird ja sehr oft von den Angehörigen in sehr dringender Weise an den praktischen Arzt gestellt. Wenn die Diagnose auf eine Autoïntoxication (Urämie, Diabetes) als Grundlage der Geistesstörung richtig gestellt ist, so kann in manchen Fällen von der Verbringung in eine Anstalt abgesehen werden, weil es sich bei diesen Zuständen oft nur um kurze Episoden handelt.

Dem Zug der Zeit folgend, in der eine Anzahl humoralpathologischer Ideen auf empirischer Basis wieder aufleben, sind manche geneigt, das Gebiet der Autoïntoxicationskrankheiten noch weiter auszudehnen und besonders die genuine Epilepsie als solche aufzufassen. Es muss vor einer dogmatischen Anwendung dieser Lehre, welche zu Hypothesen ohne reale Grundlage führt, gewarnt werden. Nur die exacte Prüfung nach weiterer Entwickelung der chemisch-physiologischen Methoden im Hinblick auf das Problem der chemischen Gehirnconstitution kann die Grenzen dieses Gebietes bestimmt ermitteln. Wir begnügen uns vorläufig, diejenigen Krankheiten hier einzureihen, deren toxischer Ursprung mit Bestimmtheit oder Wahrscheinlichkeit angenommen werden kann.

Am bedenklichsten erscheint die leichtfertige Anwendung der Autointoxicationsidee im Gebiet der rein functionellen Geisteskrankheiten. Bei dem allgemeinen Umschwung, welcher sich gegenwärtig vom rein Morphologischen, speciell Anatomischen, zum Chemischen vollzieht, ist es allerdings kein Wunder, dass wieder versucht wird, eine Anzahl von abnormen Geisteszuständen, die eine Zeit lang zur Domäne der rein psychologischen Auffassung gehörten, wie z. B. Melancholie, Hebephrenie, Katatonie durch Autoïntoxicationen zu erklären. Diesen Hypothesen muss sehr kritisch begegnet werden; die Gefahr, durch den Versuch einer chemischen Bekämpfung von solchen angeblich autoïntoxicatorisch bedingten Zuständen

wieder in eine Art von Stercoralpsychiatrie zu verfallen, liegt, nachdem man schon wieder angefangen hat, Testikelsaft bei vielen Nervenleiden und besonders hypochondrischen Seelenzuständen einzuspritzen, sehr nahe.

Als erwiesen muss die Annahme gelten, dass die infolge von Schilddrüsenkrankheit entstehenden oder im Körper zurückgehaltenen Toxine den Ausbruch einer Geistesstörung bewirken können. Klinisch treten diese Störungen, falls die Schilddrüsenkrankheit im embryonalen oder frühinfantilen Leben erfolgt, als Cretinismus, falls sie später auftritt, als Myxödem in die Erscheinung. In dieses Gebiet gehören ferner die Psychosen bei Morbus Basedowii, welche vermutlich toxischer Natur sind.

Neben diesen Autoïntoxicationen im strengen Sinne sind in zweiter Linie diejenigen Gifte zu nennen, welche zwar nicht selbst von aussen in den Körper gebracht werden, jedoch im Körper als Abscheidungsproducte von Infectionserregern entstehen, die von aussen in denselben hineingerathen sind. Man kann den allgemeinen Satz aussprechen, dass bei jeder Infectionskrankheit gelegentlich auf toxischem Wege Geistesstörung zustande kommen kann.

Wir müssen uns hier darauf beschränken, vom praktischen Standpunkt aus den vielen hier in Betracht kommenden Krankheiten eine kleinere Zahl herauszugreifen. Ich bemerke jedoch, dass neben den erwähnten Fällen bei Typhus abdominalis, Erysipel, acutem Gelenkrheumatismus, Abscess, sowie im Puerperium, auch z. B. bei acuter Miliartuberculose, Meningitis cerebrospinalis, Influenza u. a. acute Störungen meist vom Charakter der Verwirrtheit vorkommen.

Wir gliedern also das ganze Gebiet in Psychosen:

1. infolge von Intoxication mit von aussen in den Körper gebrachten Giften;

2. infolge von Intoxicationen durch im Körper selbst entstehende Gifte, und zwar:

a) Autoïntoxicationen im engeren Sinne;

b) Vergiftung durch Toxine bei Infectionskrankheiten.

Vom praktischen Gesichtspunkt kann man auch die Dreitheilung: 1. Intoxicationen, 2. Autoïntoxicationen und 3. Infectionen wählen.

Da wir hier nicht alle derartigen Krankheiten mit Beispielen belegen können, müssen wir einige allgemein diagnostische Regeln aufstellen.

Die Diagnose wird in vielen Fällen dadurch erleichtert, dass fast immer bei den Intoxicationskrankheiten Erscheinungen von Seiten des Nervensystems vorhanden sind, welche eine Betheiligung verschiedener Partieen des letzteren verrathen. Neben den motorischen Reizerscheinungen bei Alkoholismus, den Reflexstörungen bei Urämie und Diabetes ist als besonders häufig Entzündung der peripherischen Nerven zu erwähnen. Das Vorhandensein von ausgeprägten neuritischen Erscheinungen weist fast immer bei bestehender Geisteskrankheit auf den toxischen Ursprung derselben. Dabei bleibt der neurologischen Untersuchung im einzelnen Fall vorbehalten, ob man infolge der Intoxication anatomische Aenderungen oder nur functionelle Störungen annehmen will. Es kommen nämlich bei tabischer Paralyse gelegentlich neuritische Erscheinungen z. B. im Ulnarisgebiet vor. Auch kann Bleiintoxication neben neuritischen Störungen nachweisbare Degeneration im

Rückenmark bedingen. Erschwert wird die Diagnose zwischen functionellen und anatomisch greifbaren Wirkungen einer Intoxication noch dadurch, dass durch erstere Rückenmarkskrankheiten vorgetäuscht werden können. Besonders kommt bei dem Fehlen des Kniephänomens und des Pupillenreflexes infolge toxischer Störung bei Alkoholismus, Bleiintoxication, Diabetes das Bild der Pseudotabes zustande und bedingt Verwechselungen mit organischer Erkrankung des Rückenmarkes. Kann jedoch unter Ausschluss von organischen Nervenkrankheiten bei vorhandener Geistesstörung das Bestehen von Neuritis bestimmt behauptet werden, so ist fast immer die Diagnose auf eine toxische Erkrankung gerechtfertigt.

1. Intoxicationen.

Alkoholismus.

Die acute Alkoholintoxication. Während der eigentliche Irrenarzt, abgesehen von den wenigen Kliniken und Stadtasylen, in denen die Aufnahmebedingungen so erleichtert sind, dass psychisch Erkrankte sofort Aufnahme finden können, relativ selten in die Lage kommt, eine acute Alkoholintoxication unter dem Bild schwerer Geistesstörung zu sehen, tritt die Entscheidung der Frage, ob es sich in einem Falle um eine alkoholistisch bedingte, rasch vorübergehende, oder um länger dauernde Geistesstörung handelt, an den praktischen Arzt manchmal in dringender Weise heran.

Es giebt, abgesehen von dem landläufigen Bilde des Rausches, eine ganze Reihe von Wirkungen des Alkohols, welche eine schwerere Geisteskrankheit vortäuschen und dadurch dem praktischen Arzte Verlegenheiten bereiten können. Zunächst hebe ich aus dem Gebiet der acuten Alkoholintoxication die im Rausche öfter auftretende Tobsucht und zweitens die Verwirrtheit hervor. Die Abgrenzung dieser Zustände von ähnlichen bei langdauernden Psychosen vorkommenden müssen wir hier hauptsächlich im Auge behalten.

Vorher sind einige Worte über das Zustandekommen dieser Störungen durch die Alkoholintoxication zu sagen. Die eine Hauptwirkung des Alkohols ist die Erleichterung der motorischen Uebertragungen.*

Man hat diese aus dem „Wegfall von centralen Hemmungen", worunter man hierbei die Abwesenheit der vernünftigen Ueberlegung verstanden hat, zu erklären gesucht. Es ist nun aber besonders von *Kraepelin* der Nachweis geführt worden, dass es sich nicht blos um einen Wegfall von Hemmungen, sondern ausserdem um eine directe Steigerung der motorischen Uebertragungen handelt. Im Rausche setzen sich also aus diesem Grunde alle Vorstellungen leichter in Handlungen um, als im normalen Zustande. Dieses ist das social wichtigste Moment der Alkoholintoxication. Man kann im allgemeinen den Satz aufstellen, dass diejenigen Veränderungen des Vorstellungslebens, welche direct mit Erregung der motorischen Sphäre, mit äusserlich wahrnehmbaren Handlungen verknüpft sind, die social schlimmsten sind. Die criminalistischen Folgen, welche die Alkoholintoxication durch die Production von impulsiven Gewalt-

---

* *Kraepelin*, Die Beeinflussung einfacher psychischer Vorgänge durch einige Arzneimittel.

acten hat, hängt davon wesentlich ab. Dieser eine Grundzug der Alkoholwirkung, die Erregung der motorischen Sphäre, kann sich nun bis zu schwerster Tobsucht steigern.

Um diese richtig gegen andere Arten von Tobsucht abzugrenzen, müssen wir einen Blick auf die zweite Wirkung des Alkohols, nämlich die auf das Sensorium ausgeübte, werfen.

Auf das erste Stadium der Einwirkung, in welchem sich schon die Erleichterung der motorischen Uebertragungen zeigt, folgt sehr bald eine Verlangsamung und Erschwerung in der Auffassung äusserer Eindrücke, mit welcher die Unfähigkeit zu dauernder Anspannung der Aufmerksamkeit und genaueren Verfolgung eines schwierigen Gedankenganges zusammenhängt.

Diese Erschwerung der sensorischen Acte im Verlauf der Alkoholwirkung kann bis zu starken Bewusstseinstrübungen führen. Diese sensorischen Defecte geben der durch Alkohol bedingten Tobsucht ihren unterscheidenden Charakter.

In den meisten Fällen wird sich nun die Thatsache, dass eine alkoholistisch bedingte Tobsucht oder Verwirrtheit vorliegt, aus den Angaben der Umgebung eruiren lassen. Es kommen aber doch öfter Fälle vor, wo die Anamnese völlig im Stiche lässt, ja sogar, wo anamnestisch von den Angehörigen eine Alkoholintoxication hartnäckig geleugnet wird, während es sich doch darum handelt.

Viel leichter zu diagnosticiren als diese Fälle ist das typische

Delirium tremens potatorum. Auf der Basis des chronischen Alkoholismus, welcher die sociale Stellung des damit Behafteten zwar oft sehr erschwert und zweifelhaft macht, aber diesen doch nur sehr selten in psychiatrische Behandlung bringt, entwickeln sich öfter stärkere Geistesstörungen, die meist eine Aufnahme der Betroffenen in eine psychiatrische Anstalt nothwendig machen. Die bekannteste davon ist das Delirium tremens. Diese Benennung ist eine der wenigen in der Psychiatrie, welche den vorhandenen Symptomencomplex einigermaassen richtig ausdrücken.

Was das Delirium betrifft, das im ersten Bestandtheil der Bezeichnung gemeint ist, so hat dasselbe häufig Eigenthümlichkeiten, die an sich schon, abgesehen von Anamnese und sonstigen Symptomen, die Diagnose dieser Erkrankung als einer durch Alkohol bedingten ermöglichen. In den lebhaften, phantastischen Sinnestäuschungen, die bei gleichzeitiger Trübung des Bewusstseins auftauchen, treten die optischen vor allem hervor, und zwar sind es wesentlich die Thiervisionen, welche das charakteristische Gepräge geben. Die Kranken sehen mit hallucinatorischer Deutlichkeit Mücken, Käfer, Spinnen, Schmetterlinge, Mäuse, Ratten, Vögel, auch grössere Thiere, besonders Katzen, Hunde, Schafe, Ochsen.

Das äussere Charakteristicum für die praktische Diagnose liegt aber nicht in diesem Auftreten gewisser Sinnestäuschungen, welche ja ganz subjectiv sein können, oft auch nicht durch Worte geäussert werden, sondern in der Art, wie die Kranken auf diese Thiervisionen reagiren. Derselbe Grundzug, der uns auch in dem Rauschzustand und der durch Alkohol bedingten Tobsucht begegnet ist, die Erleichterung der motorischen Uebertragungen tritt hier in Verbindung mit den Thiervisionen in den Vordergrund. Diese alkoholistischen Hallucinanten starren nicht ihre Phan-

tasmen stumm und bewegungslos an, sondern knüpfen an diese fortwährende Bewegungen des Haschens, Greifens, Schlagens, Drohens, Wischens. Dabei ist sehr bemerkenswerth, dass diese Phantasmen gewissermaassen in den Zusammenhang der wirklich gesehenen Objecte hineinlocalisirt werden. Die Mäuse springen über die Bettdecke und werden durch heftiges Schlagen oder Wälzen des Körpers verscheucht. Die Schmetterlinge fliegen und werden zu haschen gesucht. Der Hund erscheint nicht als Phantasma in der Luft, sondern er springt an dem Bette des Kranken empor, der ihn liebkost oder schilt, oder ihn prügelt. Die Art, wie manche von diesen Kranken am Boden knieen und rasch nach vorn rutschen, indem sie fortwährend nach dem imaginären Vogel oder anderen Thieren greifen, hat etwas so Merkwürdiges, dass es wohl kaum bei einem anderen Krankheitsbild vorkommt. Vielleicht steht diese motorische Erregung in irgend welchem Zusammenhange mit der Thatsache, dass diese visionären Thiere meist in Bewegung sind, selten sitzen, stehen, liegen.

Neben den Thiervisionen kommen noch andere Hallucinationen im Delirium tremens vor, welche ebenfalls in charakteristischer Weise meist bewegt gedacht werden. Es fliegen Fäden in der Luft herum, welche die Kranken herabholen wollen, oder sie sehen Wände, die sich bewegen, auseinandertheilen, und langen Zügen von Gestalten, Zwergen, Kunstreitern, phantastisch aufgeputzten Gespenstern Platz machen.

Sehr häufig beobachtet man auch, dass die Kranken sich in einer ihnen vertrauten Situation: im Amte, im Laden, im Wirthshaus, an einer Casse glauben und nun mit fieberhafter Thätigkeit ihre gewohnten Handlungen vollziehen. Dabei wird dieses Phantasiebild mit den umgebenden Objecten zu einer Einheit verschmolzen. Der Besitzer einer Colonialhandlung z. B. zählt im Delirium das Geld der Ladenkasse, greift dabei fortwährend suchend auf den Kissen des Bettes herum, schimpft, dass zu wenig Geld da sei, zählt dann die imaginären Geldstücke auf die Bettdecke hin, meint plötzlich, dass jemand aus der Umgebung, z. B. der dabei stehende Wärter, das Geld nimmt, fängt an gegen diesen loszuschlagen, ruft mehrfach seine vermeintlich im Nebenzimmer anwesende Frau, dann fängt er an, an einem Regal in die Höhe zu steigen, um Waaren zu holen, wobei er im Bett aufspringt, beginnt auszupacken, nimmt dann einen Theil der Waaren (in Wirklichkeit seine Bettdecke), packt sie hastig zusammen und springt heraus, um die Sachen ins Nebenzimmer zu tragen. —

Auch akustische Hallucinationen kommen im Verlauf dieses Deliriums häufig vor, aber meist im Zusammenhang mit der Aufeinanderfolge von optischen Vorstellungen: die gesehenen Kanarienvögel singen, die Hunde bellen, die Menschen sprechen, was ebenfalls den Kranken häufig wieder zu motorischen Reactionen bringt.

Das Wesentliche für die Diagnose ist die Coïncidenz dieses Deliriums mit Tremor und Albuminurie. Der Ausbruch erfolgt meist, wenn bei chronischem Alkoholismus erschöpfende Momente, besonders schlechte Nahrungsaufnahme hinzutreten, was infolge von Krankheiten und Verletzungen oft der Fall ist.

Die Prognose des alkoholistischen Deliriums ist gut, vorausgesetzt, dass körperliche Complicationen, vor allem schwerere Nierenkrankheiten ausbleiben. Allerdings ist die Gefahr eines Recidivs bei erneutem Missbrauch von Alkohol gegeben und im Auge zu behalten.

Ich gebe nun zunächst ein Beispiel von einem typischen Delirium tremens, und zwar mit der Aufeinanderfolge von Krankenbeobachtung und späterer Anamnese, wie sie bei solchen acut ausbrechenden Krankheitsfällen die Regel ist.

R. S. aus M. Aufgenommen: 26. Mai 1890. Diagnose: Delirium tremens. Alter: Geboren 29. August 1857, Stand: Wirth. Entlassen: 7. Juni 1890 nach Hause.

Patient wurde gestern nachmittags inhaftirt, da er sich zu einem Strafantritte nicht gestellt hatte. Er war wegen Nahrungsmittelfälschung zu 13 Tagen Gefängniss verurtheilt worden. Sogleich nach seinem Eintreffen in der Frohnfeste begann er irre zu reden, glaubte, er sei zu Hause, wurde dann im Laufe der Nacht sehr unruhig, lärmte und klopfte an die Thür, hatte Thiervisionen (sah Katzen und Hunde), schrie, der Teufel sei bei ihm im Zimmer. — Anamnese fehlt im übrigen ganz.

Status: Kräftiger Mann ohne Organerkrankungen. Gesicht congestionirt. Conjunctivitis. Hochgradiger Tremor der Hände und des ganzen Körpers. Sehr aufgeregt und unruhig. Verkennt seine Umgebung. Glaubt er sei zu Hause. Will beständig an seine Arbeit.

Hat die verschiedensten Gehörstäuschuugen. Sieht Hunde und Katzen, Schwaben, Krebse, Fische, Fliegen, Mücken, seine Frau und Bekannte. Urin stark eiweisshaltig.

28. Mai. In beständiger Unruhe und völliger Verwirrtheit. Hat weniger Thiervisionen, behauptet aber, es seien vier Leichen im Zimmer.

29. Mai. Beruhigte sich im Laufe des gestrigen Tages, konnte abends zu Bett gebracht werden, schlief während der Nacht. Heute noch in benommenem Zustande, hat nur uuklare Vorstellungen von den Ereignissen der letzten Tage. Zeitweise sind noch Gehörstäuschuugen zu constatiren. Der Eiweissgehalt des Urins ist unverändert.

30. Mai. Ruhig, frei von Sinnestäuschungen. Schläft viel, Tremor bedeutend geringer. Im Urin viel weniger Eiweiss.

31. Mai. Fortschreitende Besserung. Patient isst und schläft regelmässig. Urin enthält nur noch eine Spur Eiweiss.

2. Juni. Patient klagt über Schwächegefühl und Kopfschmerzen. Ist psychisch normal. Urin seit gestern eiweissfrei. Tremor verschwunden.

5. Juni. Völliges Wohlbefinden. Appetit uud Schlaf normal. Urin enthält wieder Eiweiss. (Patient hat gestern zum erstenmale im Weinberge gearbeitet.)

7. Juni. Eiweissgehalt des Urins noch vorhanden, doch bedeutend geringer als in den letzten zwei Tagen. Patient wird nach Hause entlassen.

Wenn man nun bei der Analyse dieses Falles zunächst alle klinischen „Krankheitsformen“ ausser Acht lässt und rein inductiv vom Thatbestand ausgehend zu einem Verständnis der Krankheit kommen will, so würde man sagen: Es handelt sich um eine acut ausbrechende Geistesstörung, an der drei Züge hervortreten: 1. Die Verwirrtheit, 2. die massenhaften Sinnestäuschungen, besonders im optischen Gebiet, speciell Thiervisionen, 3. die starke motorische Unruhe, 4. der Tremor der Hände und das Schlottern des ganzen Körpers, 5. das Vorhandensein von Eiweiss im Urin, 6. die Dauer der Krankheit betrug $3^1/_2$ Tage, 7. nach dem Abblassen der Geistesstörung stellte sich ein auffallend langer Schlaf ein.

Halten wir zunächst die Thatsache im Auge, dass es sich hier um ein gleichzeitiges Vorhandensein von acut entstandener Geistesstörung mit Albuminurie handelt. Eine derartige Combination kann noch im Verlauf einer anderen Krankheit auftreten, nämlich im Verlauf chronischer Nephritis, welche Urämie bewirken kann. Bei solchen urämischen Anfällen

kann nun wie beim Delirium tremens eine schwere Bewusstseinstrübung auftreten, auch motorische Erregungen können dabei vorhanden sein. Aus dem Urin wird sich ebenfalls die differentielle Diagnose nicht stellen lassen, weil in beiden Fällen Eiweiss ohne jedes andere Zeichen einer localen Erkrankung der Niere (Cylinder etc.) vorhanden sein kann. Auch können die urämischen Anfälle an Zeitdauer sich nicht von einem Delirium tremens unterscheiden. Die Momente, welche also hier die Differentialdiagnose zu Gunsten des Delirium tremens entscheiden, sind 1. der charakteristische Tremor, 2. das Auftreten von Thiervisionen.

In der wiedergegebenen Krankengeschichte ist nun ein Zug noch besonders hervorzuheben, weil er uns das Verständnis zu anderen Formen von acuter Geistesstörung nach Alkoholmissbrauch bahnt, nämlich das Weiterbestehen von Gehörstäuschungen nach Aufhören der Thiervisionen am 29. Mai, also am 4. Tage der Geistesstörung. Dieses Factum eröffnet das Verständnis für jene Formen von acuter Geistesstörung nach Alkoholmissbrauch, bei denen die Thiervisionen und überhaupt die Hallucinationen in der optischen Sphäre mehr zurücktreten und dafür die Worthallucinationen ganz das Bild beherrschen, während die übrigen Bestandtheile des Syndroms: Verwirrtheit, motorische Erregung, Tremor und vorübergehender Eiweissgehalt wie auch in den typischen Fällen von Delirium tremens vorhanden sind. Ja es kann auch noch eines oder das andere dieser Symptome fehlen, ohne dass die alkoholistische Ursache der Geistesstörung bestritten werden könnte.

Es kommen also auch Fälle von Delirium vor, in denen von diesem Symptomencomplex nur zwei oder drei Elemente vorhanden sind und doch die Diagnose auf Delirium tremens gestellt werden muss.

Ich gebe nun zunächst einen Fall, in welchem das eigentlich Charakteristische des Deliriums, die Thiervisionen, völlig fehlten, und doch die Diagnose auf Delirium potatorum aus drei anderen der oben genannten Symptome gestellt werden konnte.

R. L. aus Russland. Alter: 40 Jahre (geboren 1852). Stand: Handelsmann, zur Zeit Untersuchungsgefangener. Aufgenommen: 28. August 1892. Diagnose: Delirium tremens. Entlassen: 5. September 1892.

Vom Landgericht, wo R. sich wegen Diebstahls in Untersuchungshaft befindet, eingeliefert. R. hat mit einer auffallenden Frechheit einen Diebstahl ausgeführt, indem er am hellen Tage in einem Gasthause in ein Zimmer drang und dort aus einem Spind Kleider nahm. Er hat gleich beim Eintritt ins Gefängnis stark gezittert und einen verwirrten Eindruck gemacht. Starker Tremor der Hände. Kein Fuselgeruch aus dem Munde. Hallucinirt massenhaft, wesentlich in der sprachlichen Sphäre, weniger in der optischen. Thiervisionen fehlen völlig. Ist von einer ängstlichen Stimmung beherrscht, schlottert manchmal an allen Gliedern, offenbar unter dem Eindruck von ängstlichen Vorstellungen. Er sieht oft Männer, die ihm drohen, hört sie russisch schimpfen. Während dieses schwer gestörten Zustandes giebt er an, dass er den Diebstahl gethan habe, als ihm eine Stimme russisch gesagt habe: „Geh' hinauf, hol' den Rock.“

29. August. Immer noch ängstlich verwirrt. Hört viel schimpfende Stimmen, bittet, man solle ihn beschützen. Er wolle nicht mehr ins Gefängnis.

Bis jetzt lag also die diagnostische Frage folgendermaassen: Es handelt sich um eine acute Geistesstörung, die mit Verwirrtheit und massenhaften Worthallucinationen mit beängstigendem Inhalt aufgetreten ist. Da es sich um einen Criminalfall handelt, so ist in praxi zunächst die Frage zu stellen,

ob sich ein solcher Zustand simuliren lässt. Der erfahrene Irrenarzt wird diese Annahme meist schon auf Grund seiner intuitiven Erfahrung ausschalten können, aber es ist sehr schwierig, für den nicht fachmännisch Gebildeten psychologische Regeln zur Aufdeckung der Simulation in solchen Fällen festzustellen. Deshalb thut der praktische Arzt besser, sich einfach an das objectiv Sichtbare, in diesem Falle an den Tremor der Hände, welcher in seiner Eigenthümlichkeit nicht simulirt werden kann, zu halten.

In der That steht der Tremor hier im Vordergrund des diagnostischen Interesses. Obgleich in diesem Falle Thiervisionen und die motorische Erregung völlig fehlten, obgleich ferner noch kein Eiweiss im Urin aufgetreten war, wurde diese hallucinatorische Verwirrtheit mit Tremor der Hände als Delirium alcoholicum aufgefasst, eine Diagnose, die von dem weiteren Verlaufe bestätigt wurde.

2. September. Gehörshallucinationen, weniger Gesichtstäuschungen. Tremor geringer. Urin enthielt gestern Eiweiss.

4. September. Untersuchung wurde vom Amtsgericht niedergeschlagen.

Nach Heilung des Deliriums am 5. September entlassen.

Dieser Fall, in welchem die Thiervisionen und die motorische Unruhe ganz zurückgetreten sind, und nur Verwirrtheit mit massenhaften Sinnestäuschungen das Bild beherrschen, bildet theoretisch den Uebergang zu denjenigen Formen, bei welchen Worthallucinationen mit Wahnbildung bei geringer Verwirrtheit im Vordergrund stehen, also zu dem hallucinatorischen Wahnsinn auf alkoholistischer Grundlage. Um den Uebergang zu dieser Form alkoholistischer Geistesstörung noch schärfer hervortreten zu lassen, will ich noch einen Fall analysiren, in welchem neben der Verwirrtheit und den Hallucinationen das Moment der Wahnbildung auf Grund der Hallucinationen schon deutlicher wird.

F. A. Heimat: Würzburg. Aufgenommen: 9. October 1892. Diagnose: Alkoholistische Geistesstörung. Alter: Geboren den 22. August 1868. Stand: Productenhändler. Entlassen 18. November 1892.

Auf Polizeiantrag eingeliefert. Seit zwei Tagen starke Aufregung. Patient lief nachts mit einem Lichte im Hause herum; wollte sich gegen Schüsse schützen, welche auf seine Wohnung abgegeben würden; sprach dabei auf „alle Leute, die er sah“ ein, hat den Ofen und Küchenherd eingerissen.

9. October. Delirirt lebhaft von Bekannten, Soldaten, Gerichtspersonen. Er spricht auf sie ein, vertheidigt sich gegen sie, will allerhand Geschäfte vornehmen und drängt oft nach der Thüre. Zittert am ganzen Körper. Besonders Tremor der Hände.

10. October. Nachts steigert sich das Delirium. Er springt fortwährend aus dem Bett; seine Glieder schlottern förmlich. Er lebt in seinem Laden, commandirt Personen, zahlt Geld. Wenn er festgehalten wird, glaubt er, beraubt zu werden. Starker Schweiss.

11. October. Der Urin von vorgangener Nacht sehr stark eiweisshaltig. Beständiges, wenn auch weniger heftiges Delirium. Der Nachmittagsurin zeigt starke Trübung von Eiweiss. In den beiden untersuchten Urinportionen fehlen die diagnostischen Merkmale einer acuten Nephritis parenchymatosa, sowohl die Epithelialcylinder als die Blutkörperchen.

12. October. Beginnt zu schlafen. Fühlt sich krank. Zittert noch stark und hat auch noch vielgestaltige abwechselnde Delirien. Nachts mässige Steigerung derselben.

13. October. Der Grad des Deliriums und der Grad der Eiweissausscheidung gehen auffallend parallel. Der Urin von vergangener Nacht hat wieder Eiweiss;

Kuppe des Reagenzglases voll. Der Urin von Vormittag 10 Uhr zeigt eine starke Trübung, der vom Nachmittage schwächere Trübung. Am Vormittag bringt A. noch wirkliche, allmählich zum Bewusstsein kommende Eindrücke und deliriöse Vorstellungen durcheinander. Am Nachmittag ist er völlig orientirt und besonnen: behauptet aber steif und fest die Wirklichkeit vergangener Hallucinationen und bringt eine Wunde am Knie in ursächlichen Zusammenhang mit den Schüssen, welche auf sein Haus von Soldaten abgegeben worden seien. Er lässt sich nicht davon abbringen, dass er bei diesem Angriff einen Streifschuss am Knie erhalten habe. Den Belehrungen gegenüber, dass dies Einbildungen gewesen seien, zeigt er die Ueberlegenheit dessen, der zu klug ist, um etwas Wirkliches sich ausreden zu lassen.

14. October. Bei klarem Bewusstsein. Urin zeigt noch schwache Trübung von Eiweiss.

15. October. Trübung von Eiweiss sehr schwach.

16. October. Urin eiweissfrei.

17. October. Ueber den Hergang bei dem Angriff auf seine Wohnung befragt, erzählt er immer noch von seinen Hallucinationen als von vergangenen Wirklichkeiten, wird dann aber schwankend und hält nur fest, dass in der letzten Zeit mehreremale Männer in den Laden gekommen seien und auf ihn geschossen haben. „Ich habe ja den Kugelsack und den Revolver gesehen.“

20. October. Glaubt immer noch theilweise an die Realität seiner früheren Hallucinationen. Spricht davon, dass er noch Schnitte am Handgelenk habe, die ihm von seinen Verfolgern beigebracht worden seien. Thatsächlich hat er durchaus keine Spuren davon, behauptet aber fest, an der rechten Hand seien deren sechs und an der linken sieben gewesen. Er sei auf dem Wege nach W. aufgehalten worden, und man habe mit dem Federmesser rasch über seine Handgelenke geschnitten.

1. November. Urin seither immer eiweissfrei. Psychisch normal.

18. November. War die ganze Zeit her normal. Sieht jetzt auch deutlich ein, dass alle seine Hallucinationen nur krankhafter Natur waren.

Geheilt entlassen.

Das Charakteristische des Falles liegt von Anfang an in dem acuten, durch Hallucinationen genährten Verfolgungswahn. Das Moment, welches den Uebergang zu dem hallucinatorischen Wahnsinn auf alkoholistischer Grundlage bildet, ist das Festhalten der durch Hallucinationen entstandenen Wahnideen nach Verschwinden der Verwirrtheit. Noch am 17., nachdem er in der Nacht vom 12. zum 13. die letzten deliranten Hallucinationen gehabt hatte, hält er die Wahnideen fest. Da zu dieser Zeit auch der Tremor und die Albuminurie fast verschwunden waren, so hatte dieser entschieden dem ganzen Verlauf nach zum Delirium alcoholicum zu rechnende Fall eine kurze Periode, in der bei dem augenblicklichen Befund wegen des Mangels aller Anamnese die Differentialdiagnose mit Paranoia hätte in Frage kommen können.

Jedenfalls wäre aber dann bald bei dem Ausfragen des schon wieder besonnenen Mannes die Thatsache zutage gekommen, dass er nur ganz dunkle Erinnerungen an die vorangegangenen Tage hatte. Hieraus hätte man schliessen können, dass es sich nicht um eine chronische Paranoia, sondern um einen paranoiaähnlichen Zustand im Verlauf, beziehungsweise beim Abklingen einer acuten Psychose gehandelt hätte.

Wir stellen also die Thatsache in den Vordergrund, dass bei dieser im Verlauf des chronischen Alkoholismus auftretenden Psychose Worthallucinationen und Wahnbildung, letztere auch nach Aufhören der als

Verwirrtheit bezeichneten Bewusstseinstrübung im Vordergrund gestanden haben.

Wenn wir nun von der Verwirrtheit ganz abstrahiren, so eröffnet uns dieser Fall den Zugang zum Verständnis des acuten hallucinatorischen Wahnsinns auf alkoholistischer Grundlage.

Diese allerdings seltene Form acuter Geistesstörung auf Grund von chronischem Alkoholismus ist praktisch sehr wichtig, weil hierbei leicht grosse Fehler in Bezug auf die Prognose und Zeitdauer der Erkrankung vorkommen können, wenn die alkoholistische Basis verkannt wird.

Symptomatisch ist diese Krankheitsform meist nur dann von dem nicht durch Alkoholvergiftung bedingten hallucinatorischen Wahnsinn zu unterscheiden, wenn das gleichzeitige Vorhandensein eines charakteristischen Tremors auf die alkoholistische Grundlage hindeutet.

In den meisten Fällen muss die Anamnese den Ausschlag geben. Praktisch lautet die Regel so:

Wenn sich in der Anamnese eines acut an hallucinatorischem Wahnsinn Erkrankten sicher Alkoholmissbrauch nachweisen lässt, so ist die Prognose viel günstiger zu stellen, und die Erkrankung gewissermaassen als Aequivalent eines Delirium tremens aufzufassen.

Die Thatsache, dass ein Delirium tremens unter der Form eines acuten hallucinatorischen Wahnsinns auftreten kann, welches sich durch seine Begleiterscheinungen: Tremor und Albuminurie als alkoholistische Geistesstörung erweist, wirft besonders im Hinblick auf manche Fälle von „Gefängnispsychose“ ein Licht. In solchen Fällen muss die rein symptomatische Diagnose: „Acuter hallucinatorischer Wahnsinn“ entschieden durch die Diagnose: „Alkoholistische Geistesstörung“ ersetzt werden. Allerdings gilt diese Betrachtung erklärlicher Weise nur für acute Psychosen, welche im Untersuchungsgefängnis ausbrechen, während die bei Strafgefangenen auftretenden Wahnbildungen meist auf paranoïschen, manchmal auf epileptischen Erkrankungen beruhen.

Aus den mannigfaltigen Folgen des chronischen Alkoholismus sind besonders drei praktisch wichtig:

1. Die allmähliche Abnahme der intellectuellen Kräfte.
2. Der chronische Eifersuchtswahn.
3. Das Auftreten von epileptischen Zuständen.

Diese einzelnen Folgen können isolirt oder auch in mannigfacher Verbindung zur Erscheinung kommen.

Da nun Alkoholmissbrauch auch im Verlauf von anderen Geistesstörungen auftreten kann, welche in ihren Symptomen grosse Aehnlichkeit mit chronischem Alkoholismus in den genannten drei Punkten haben, so muss bei der Diagnose einer alkoholistischen Geistesstörung vor allem erwogen werden, ob der Alkoholmissbrauch nicht blos Theilerscheinung einer anderen Geisteskrankheit ist.

Dabei kommen in erster Linie Verwechselungen mit Schwachsinn vor, mag dieser nun paralytischer oder functioneller Art sein. Vor allem ist diese Betrachtung in Bezug auf das Verhältnis von Alkoholismus und progressiver Paralyse anzuwenden. Ein Theil der sogenannten Alkoholparalysen durch Alkohol sind in Wirklichkeit einfache progressive Pa-

ralysen, in deren Verlauf die Kranken Alkoholisten geworden sind. Deshalb ist auf den Ausschluss einer progressiven Paralyse bei der Diagnose des chronischen Alkoholismus sehr zu achten. Die Herabsetzung der intellectuellen Fähigkeiten, die sich sowohl im Verlauf des chronischen Alkoholismus, als auch im Beginn der progressiven Paralyse findet, giebt, mit Alkoholmissbrauch verbunden, am meisten Anlass zu diagnostischen Irrthümern.

Als Musterbeispiel für das Verhältnis von Alkoholismus und progressiver Paralyse gebe ich folgende Krankengeschichte:

Th. V., aufgenommen 24. August 1891 im Alter von 41 Jahren, Taglöhnerswitwe. Kommt aus einer anderen Irrenanstalt mit der Diagnose Delir. potat. Aus der mitgesandten Krankengeschichte ist zu entnehmen, dass V. „nach Angabe des Polizeidieners eine liederliche, schamlose, dem Trunke ergebene Person sei". Es ergiebt sich, dass die Frau früher durchaus keine Alkoholistin gewesen ist, sondern erst seit circa 6 Monaten sich hochgradig dem Trunke ergeben und ihr früher fleissig betriebenes Geschäft vernachlässigt hat. Ebenso ist ihre Schamlosigkeit im Laufe dieser Zeit hervorgetreten. Ferner hat sie auch zu stehlen angefangen, ohne sich vor dem Erwischen in Acht zu nehmen. Manchmal ist sie nachts in die Kirche gelaufen oder hat in ihrer Wohnung in unvorsichtiger Weise Feuer angeschürt.

Im ärztlichen Zeugnis heisst es: „Zur Entwöhnung von Alkohol wäre ihre Aufnahme in eine Anstalt höchst wünschenswerth."

Die Möglichkeit einer Paralyse ist weder in dem ärztlichen Zeugnis, noch in der Anstaltskrankengeschichte erörtert.

Nichtsdestoweniger muss gesagt werden, dass hier die hochgradigen Intelligenzstörungen und sittlichen Defecte nach einem Alkoholmissbrauch von wenigen Monaten hätten Bedenken an der blossen Diagnose auf Alkoholismus erwecken müssen.

Bei der Aufnahme in die psychiatrische Klinik zeigt sie folgenden Befund:

Patellarreflexe beiderseits völlig aufgehoben. Pupillen: linke etwas weiter als rechte, linke nicht rund, beide reflectorisch starr. Psychisch völlig apathisch. Die Diagnose wird mit Bestimmtheit auf progressive Paralyse gestellt, was durch den weiteren Verlauf bestätigt wurde.

Hier ist in der That der Alkoholmissbrauch, welcher eine Theilerscheinung der paralytischen Charakterveränderung war, als das Wesentliche und Ursächliche der Geistesstörung aufgefasst worden.

Daraus folgt, dass man nie eine Diagnose auf Alkoholismus stellen soll, ohne den Kranken sorgfältig auf progressive Paralyse, beziehungsweise Tabes untersucht zu haben.

Ferner kommt es manchmal zu Verwechslungen zwischen einfachem, nicht paralytischem Schwachsinn mit daraus entsprungenem Alkoholmissbrauch einerseits und chronischem Alkoholismus mit daraus resultirendem Schwachsinn andererseits.

J. R., aufgenommen 31. October 1891 im Alter von 34 Jahren, Bauersknecht. Nach Angabe der Angehörigen durch dauernden Alkoholgenuss „schwach im Kopfe" geworden.

In Wirklichkeit stellt sich heraus, dass R. im Alter von 20 Jahren zum erstenmale geistig erkrankt ist. Er war vom 24. December 1870 bis 15. April 1877 in der Irrenabtheilung des Julius-Spitales, soll dann bis 18. Februar 1879 ganz normal zu Hause gewesen sein, ist jedenfalls seit März 1879 völlig dement

gewesen. In den letzten Monaten hat der schwachsinnige Kranke, welcher bei seinem Schwager in einer Gastwirthschaft etwas half, viel getrunken und hat starke Aufregungszustände bekommen. Diese verschwanden in der Anstalt unter Alkoholentziehung sofort, während das alte Bild des dauernden Schwachsinns wieder klar hervortrat.

Hier war also ebenso wie in dem oben behandelten Falle der Alkoholismus nur ein Symptom einer bestimmten Grundkrankheit.

Die Diagnose Alkoholismus wäre in diesem Falle ebenso verkehrt gewesen, als wenn man bei einem Menschen, der eine Pleuritis hat, „Brustschmerzen“ diagnosticiren wollte.

Die Aufgabe der psychiatrischen Diagnostik läuft ebenso wie in den anderen Disciplinen der praktischen Medicin darauf hinaus, hinter den Symptomen die zugrunde liegenden Krankheiten zu ermitteln.

Neben den später ausbrechenden Formen von Schwachsinn mit symptomatischem Alkoholismus ist zu beachten, dass es sich bei den chronischen Alkoholisten in vielen Fällen um angeborenen Schwachsinn handelt. Besonders sind die leichteren Grade dieses Zustandes mit dem Charakter der Willensschwäche bemerkenswerth. Verfallen so beanlagte Personen in Alkoholismus, so ist die Prognose eine ausserordentlich ungünstige, weil diese Patienten auch nach längerer Abstinenz in der Anstalt infolge der dauernd vorhandenen Charakterschwäche bei erster Gelegenheit rückfällig werden.

An zweiter Stelle haben wir als manchmal zu beobachtende Folge des chronischen Alkoholismus den Eifersuchtswahn genannt. Da im übrigen dabei jedes andere Symptom des chronischen Alkoholismus, wie Tremor oder früheres Delirium tremens, fehlen kann, so kommt hier manchmal die Differentialdiagnose zwischen Paranoia und alkoholistisch bedingtem Eifersuchtswahn in Betracht. Wenn nun zu einem reinen, die Paranoia constituirenden Eifersuchtswahn, wie es leicht vorkommt, Alkoholmissbrauch hinzutritt, so ist die Differentialdiagnose kaum zu stellen. Auch praktisch ist hier eigentlich kein Unterschied mehr zu machen, denn für den durch chronischen Alkoholismus entstehenden Eifersuchtswahn gilt keineswegs der Satz: sublata causa cessat effectus. Für diese Fälle von ganz isolirtem Eifersuchtswahn bei im übrigen normaler Intelligenz ist übrigens der grösste Skepticismus vor der Declarirung einer Geistesstörung sehr nothwendig, da in manchen Fällen der sogenannte Eifersuchtswahn nur zu sehr begründet ist. Man stelle also eine solche Diagnose nie ohne die sorgfältigste Erwägung der Aussagen der Familienmitglieder in Bezug auf Glaubhaftigkeit. Man frage, wenn es geht, ausser den Ehegatten noch andere Angehörige beider Parteien aus und lasse diese Aussagen schriftlich festlegen, um der Diagnose des Eifersuchtswahns, die beim Ausfragen der Patienten oft durchaus nicht eindeutig wird, auch die nothwendige rechtliche Sicherung geben zu können.

Erschwert wird die Sache oft dadurch, dass die Patienten selbst ihren Wahn vollständig dissimuliren, die grösste Freundschaft gegen die Angehörigen heucheln und sofort nach der Entlassung wieder in der fürchterlichsten Weise die Ehegatten mit Eifersucht zu plagen beginnen. — Als Beispiel gebe ich folgenden Fall, welcher kaum die Möglichkeit bietet, die Differentialdiagnose zwischen Paranoia mit accidentellem Alkoholmissbrauch und Alkoholismus mit folgendem Eifersuchtswahn zu stellen.

O. F. aus A., geb. 7. October 1841, Schneider, verh., kath. Aufgenommen am 11. Mai 1892, entlassen am 28. Juni 1892 nach Hause. Diagnose: Paranoia.

Ueber Heredität nichts zu ermitteln. Seit langen Jahren viel getrunken. Verfolgt seine Frau mit Eifersucht, hat zwei Kinder mit 12 und 8 Jahren, welche er nicht für die Seinigen hält, obgleich er sie andererseits sehr lieb hat. Die 38jährige Frau ist wieder schwanger. Seitdem treten seine Eifersuchtsideen wieder sehr hervor. Manchmal sehr erregt, im allgemeinen ruhig. Ungleiche Facialisinnervation, als angeborene Anomalie aufzufassen.

Kein Tremor, überhaupt kein alkoholistisches Symptom, wenn man nicht seinen Eifersuchtswahn als solches betrachten will.

28. Juni 1892. Versuchsweise nach Hause entlassen. Hat immer sorgfältiger Ueberwachung bedurft, da er leicht in heftigen Zorn auf Grund seines consequent festgehaltenen Wahnes geräth, dass seine Frau eine Ehebrecherin sei, die Kinder nicht von ihm seien und dass er widerrechtlich eingesperrt werde.

Gemildert wird das Bedenkliche seines Zustandes nur dadurch, dass er dabei doch schon ziemlich läppisch und schwachsinnig ohne Energie ist.

Es ist an dritter Stelle darauf hingewiesen worden, dass im Verlauf des chronischen Alkoholismus manchmal epileptische Anfälle auftreten. Ferner kann bei Epileptischen sich Alkoholmissbrauch einstellen, so dass manchmal die Differentialdiagnose zwischen Alkoholismus mit Alkoholepilepsie einerseits und Epilepsie mit Alkoholmissbrauch andererseits in Frage kommen kann. Da sich nun ferner sowohl auf Grund der Epilepsie als auf Grund des chronischen Alkoholismus acute Geistesstörungen entwickeln können, welche sich beide durch einen sehr raschen Verlauf auszeichnen, so können sehr zweifelhafte Krankheitsbilder entstehen, deren richtige Analyse jedoch praktisch sehr grosse Bedeutung haben kann. Als Musterbeispiel hierfür wollen wir folgenden Fall anführen.

V. S. aus W., geb. 6. December 1839, Taglöhner. Aufgenommen am 19. Februar 1892, entlassen am 18. März 1892. Diagnose: Epilepsie.

Wird von der Polizei in die Klinik gebracht, weil er in seiner Wohnung und im Wirthshaus getobt hat und im Hemd auf die Strasse gelaufen ist. Das kurze bezirksärztliche Zeugniss lautet auf Alkoholismus.

Bei der Aufnahme mässig verwirrt und stark aufgeregt. Sehr zornmüthig, hat Neigung gleich zuzuschlagen. Zeigt morphologisch mehrere Abnormitäten.

Hat ganz exorbitante Plattfüsse, auffallend abstehende Ohren. Das linke Auge ist vollkommen phthisisch, anscheinend nach einer alten Verletzung. Der Kopf ist bedeckt mit einer selten grossen Menge von Narben. An der Zunge sind keine Narben zu entdecken. Pupillen zeigen normale Reaction. Kniephänomene normal.

Steht und geht taumelnd, wie ein Betrunkener. Kein Schnapsgeruch. Keine Spur von Tremor. Urin am Tage der Aufnahme normal.

20. Februar 1892. Schwer verwirrt. Will beständig aus dem Bett springen. Sieht Vögel, Ratten, Mäuse, greift darnach. Balgt sich im Bett mit einer imaginären Katze herum, gegen die er Verwünschungen ausstösst. Keine Spur von Tremor.

Bis jetzt stand also die Sache in diagnostischer Beziehung folgendermaassen: Die paralytische Natur der Erregung war bei dem normalen Verhalten von Pupillen- und Kniephänomenen zwar nicht ausgeschlossen, aber nicht in erster Linie anzunehmen.

Von dem Syndrom des Dilirium tremens waren motorische Erregung, Verwirrtheit und Thiervisionen vorhanden, es fehlte der charakteristische Tremor, nicht ganz zum Delirium passend war das auffallende Taumeln. Die enorme Menge von Narben kann in praxi oft einen Fingerzeig auf Epilepsie geben.

21. Februar. Weniger verwirrt, sehr ungeberdig, zornmüthig, ohne eigentlich mehr tobsüchtig zu sein. Thiervisionen sind verschwunden. Tremor fehlt andauernd.

22. Februar. Heute enthält der Urin, der bei der Aufnahme eiweissfrei gewesen und bis heute wegen der Erregung des Patienten nicht zu bekommen war, viel Eiweiss. Kein Tremor. Immer noch Thiervisionen; des Tages keine starke motorische Unruhe mehr, nur ein ganz unverträgliches, gewaltthätiges Wesen; abends wieder sehr erregt, schlägt oft nach Katzen, welche in seinem Bett sitzen sollen. Stösst mit den Füssen gegen schwarze Gestalten, welche am Ende des Bettes stehen.

24. Februar. Urin eiweissfrei. Verwirrtheit geringer, keine Thiervisionen mehr.

Patient hat also ausser den alkoholistischen Thiervisionen vorübergehende Albuminurie gehabt, die viel mehr zum Delirium tremens als zur Epilepsie gehört. Nur fehlte der Tremor andauernd völlig. Es hätte also trotzdem Delirium tremens sine tremore diagnosticirt werden müssen, wenn nicht unterdessen von dem Kranken und seiner früheren Umgebung folgende Anamnese erhoben worden wäre.

S. hat seit circa 20 Jahren Anfälle von Bewusstlosigkeit mit Krämpfen. Sie traten selten auf, gingen rasch vorüber. Da er vor dem Eintritt des Anfalles wenig fühlte, so hat er sich öfters beim Fallen verletzt. Später wurde er sehr jähzornig, gewaltthätig gegen Frau und Tochter, welche er manchmal in ganz unsinniger Weise aus dem Hause jagte. Diese Aufregungen brachten ihn, wenn sie sich auf der Strasse oder im Wirthshaus abspielten, oft in Conflict mit der Polizei. Er hat mehrfache Freiheitsstrafen verbüsst.

Merkwürdigerweise ist er nie zur psychiatrischen Begutachtung gekommen. Seit mehreren Jahren, besonders seit dem Tode der Frau, sehr viel getrunken. Oft begannen die Erregungen zu Hause, führten ihn ins Wirthshaus, wo sie durch Trinken gesteigert wurden. Er soll auch manchmal Aufregungen gehabt haben, ohne dass er vorher oder dabei viel trank.

Nach dieser Anamnese ist unzweifelhaft, dass es sich bei S. um einen Epileptiker handelt, der mehrfache psychische Aufregungen gehabt hat, meistens unter Mitwirkung von Alkoholmissbrauch, anscheinend jedoch auch manchmal ohne dieses Moment. Es ist deshalb zweifelhaft, ob S. nach Beendigung der zur Zeit bestehenden, als Delirium tremens sine tremore zu bezeichnenden acuten Geistesstörung von Aufregungszuständen freibleiben wird. Deshalb wurde S. nach Beendigung des Deliriums noch längere Zeit unter völliger Alkoholentziehung in der Anstalt behalten, worüber folgende Notizen vorliegen:

25. Februar. Wieder klar. Hat sich in der Umgebung völlig orientirt. Hat für die Zeit der Verwirrtheit fast keine Erinnerung. Entsetzt sich sehr über die Erzählungen, die man ihm darüber macht, da er sein aufgeregtes Benehmen jetzt in unterwürfiger Weise beklagt.

5. März. Psychisch wieder normal und nicht schwachsinniger als die Durchschnittsmenschen seines Standes.

Gestern Oedem, namentlich am rechten Fuss. Dabei Herz und Nieren normal. Heute wieder verschwunden. Gibt an, dass er solche vorübergehende Schwellungen oft habe.

Dieses Symptom hat nun, da eine Herz- oder Nierenkrankheit nicht vorliegt, mit dem Alkoholismus auch als indirecte Wirkung nichts zu thun. Wohl aber kommen erfahrungsgemäss bei Epileptischen häufig solche vasomotorische Störungen vor.

8. März. Gestern abends epileptischer Anfall. Danach Urin völlig eiweissfrei.

15. März. Seit gestern wegen einer Kleinigkeit heftig erregt bis zur Tobsucht. Heute früh darauf epileptischer Anfall.

18. März. Urin dauernd normal.

28. März. Da S. auch bei völliger Abstinenz mehrfach Erregungen gehabt hat, welche ihn ausserhalb einer Anstalt zu criminellen Gewaltthätigkeiten führen müssen, so wird er der Kreis-Irrenanstalt überwiesen.

Hier tritt der grosse praktische Unterschied in der Differentialdiagnose zutage. Wäre S. ein gewöhnlicher Delirant gewesen, so hätte man ihn nach Ablauf des Deliriums ruhig nach Hause entlassen können, da die Abgewöhnung des Alkoholgebrauches bei einem wieder geistig zur Norm zurückgekehrten Menschen nicht Aufgabe der Irrenanstalt ist.

Wenn aber das Delirium im Grunde nichts als ein epileptischer Dämmerzustand, sozusagen mit alkoholistischer Färbung war, so konnte man ähnliche Zustände auch nach Ausschaltung des Alkohols noch öfters erwarten, was dann auch eingetreten ist, und unter diesen Umständen ist S. einer dauernden Anstaltsverpflegung schon wegen seiner Criminalität dringend bedürftig. —

In Bezug auf die Unterscheidung von Alkoholismus und Epilepsie ist die Thatsache von grösster Wichtigkeit, dass viele Fälle periodischer Trunksucht im Grunde als epileptische Aequivalente aufzufassen sind, in denen die Betreffenden alkoholische Getränke als Betäubungsmittel gegen die als Symptom der larvirten Epilepsie auftretenden depressiven Zustände in sich aufnehmen. Dazu kommt die dabei meist vorhandene Intoleranz gegen Alkohol, vermöge welcher der epileptische Zustand manchmal zu schwerer Tobsucht gesteigert wird. Wichtig ist, dass gerade diese Form des chronischen Alkoholismus eine relativ gute Prognose bietet, falls die Patienten noch genug Intelligenz bewahrt haben, um das Krankhafte ihrer depressiven Empfindungen, welche das Trinken verursachen, einzusehen. Kann man dieselben dazu bringen, an Stelle von Alkohol während der kritischen Zeit Brom-Dosen zu nehmen, so verlaufen die periodischen Zustände viel milder und führen nicht zu den die sociale Stellung dieser Personen gefährdenden Excessen, wie sie bei den periodischen Trinkern häufig sind.

Als Beispiel gebe ich folgenden Fall.

X. O., geb. 10. April 1861, Locomotivheizer, aufgenommen in die psychiatrische Klinik in Giessen am 12. Februar 1898. Vater hat getrunken. Sonst nichts Abnormes in der Familie nachzuweisen. Vier gesunde Geschwister. In der Schule gut gelernt. Aus seiner Ehe 5 Kinder im Alter von 12—1½ Jahren. Stets tüchtig und ordentlich. Im Jahre 1885 hat er einen Eisenbahnunfall erlebt, der ihn sehr erschreckt hat. Einige Jahre darauf, ungefähr vor 10 Jahren, fing er an zu trinken, und zwar meist „quartaliter“. Bevor er trank, hatte er Herzbeängstigung. Wenn er getrunken hatte, sehr launisch, grob, lief viel aus dem Hause fort, er müsse frische Luft haben. Während dieser Zeit sprach er im Schlafe. Auch im Dienst in dieser Zeit nachlässig und gleichgiltig. Im Jahre 1896 3 Ohnmachtsanfälle. Im Jahre 1897 vom Januar bis Juni in einer Irrenanstalt. Angeblich war er nach wenigen Tagen wieder ruhig, wurde aber nicht entlassen, damit ihm das Trinken abgewöhnt werden sollte. Vorigen October stürzte er einmal zusammen, war circa 10 Minuten bewusstlos, sagte dann: „Jetzt möchte ich wissen, wo ich eigentlich bin.“ Die Frau hebt den grossen Unterschied in dem Wesen des Mannes in den erregten und ruhigen Perioden hervor.

Der jetzige Zustand datirt vom 3. Januar 1898. Aufgeregtheit und Mattigkeit, Gleichgiltigkeit. Alkoholexcesse. Suchte öfter zu entweichen, um sich Alkohol zu

verschaffen. Er soll jedoch gar nicht viel getrunken haben, täglich circa 3—4 Glas Bier. 1/4 Liter Schnaps kann er nicht vertragen. Dabei fühlt er sich krank.

In dieser Anamnese mussten auffallen:

1. Das vor dem Auftreten der Störungen erlittene Trauma.
2. Das von Unlustgefühlen begleitete Auftreten der Trunksucht.
3. Der ausgeprägt periodische Charakter derselben.
4. Das deutliche Krankheitsgefühl bei dem Ausbrechen des Zustandes.
5. Die relativ geringen Dosen bzw. die Intoleranz gegen diese.
6. Die deutlichen epileptischen Züge.

Zu diesen Momenten kam folgender Befund:

Grobschlägiger Tremor der gespreizten Finger an beiden Händen. Zunge zeigt starkes fibrilläres Zucken bei dem Herausstrecken. Beim Oeffnen des Mundes und bei allen Bewegungen der Lippen treten Zuckungen der Gesichtsmusculatur auf. Nystagmus bei dem Blick nach aussen und oben. Starker Hippus der Pupillen. die gut reagiren. Patellarreflexe beiderseits leicht auszulösen. Kein Fussklonus. Urin zeigt Spuren von Trübung bei der Kochprobe. Kein Zucker.

O. ist völlig besonnen, giebt an, dass er die ersten zwei Nächte wieder wie früher Herzbeklemmungen gehabt habe. Er versichert, am Tage vor der Aufnahme nur eine Flasche Bier zu sich genommen zu haben. Er befände sich wieder wohl; nur glaubt er noch Herzklopfen zu haben, während die Untersuchung einen gleichmässigen Puls von 80 pro Minute ergiebt.

In diesem Befund fallen die starken motorischen Reizerscheinungen in das Auge, welche zu der kurzen Zeit der eventuellen Alkoholaufnahme und zu dem angegebenen Quantum in Widerspruch stehen.

Es wird angenommen, dass der periodischen Trunksucht bei O. epileptische Aequivalente zugrunde liegen, so dass der Alkoholismus als etwas Secundäres erscheint.

Unter absoluter Abstinenz und Brombehandlung Rückbilduug der motorischen Reizerscheinungen. Dabei keine Zeichen von einem Trieb zum Alkohol. Am 19. Februar von dem Anfall geheilt entlassen. Er wurde über das Kraukhafte seiner periodischen Zustände aufgeklärt und mit der Weisung entlassen, sobald er von neuem Unlustgefühle und Beklemmung bekomme. ein mitgegebenes Bromrecept ausführen zu lassen.

Die Prognose wird bei Einhaltung der gegebenen Vorsicht quoad Alkoholismus als relativ günstig bezeichnet, allerdings wird angenommen, dass auch ohne Alkoholmissbrauch vorübergehend nervöse Zustände, oder auch ausgeprägte epileptische Anfälle auftreten können.

O. kam am 30. Juli 1899, also circa 1½ Jahr nach seiner Entlassung, wieder zur Aufnahme. Es sei ihm gesundheitlich und dienstlich gut gegangen bis Mitte 1899. Am 1. Juni 1899 nach O. versetzt habe er ein Magenleiden und Durchfall bekommen, dabei nicht viel getrunken. Am 15. Juni hat er sich krank gemeldet. Jetzige Beschwerden: Zittern und schlechter Schlaf. Tritt freiwillig ein. Will wieder wie das erstemal behandelt sein. Nach Angabe des Bruders in den letzten Tagen wieder getrunken.

Der diesmalige Verlauf zeigt noch deutlicher als die erste Aufnahme das Ueberwiegen motorischer Reizerscheinungen und bringt den Beweis in der Richtung auf Epilepsie.

31. Juli. Die Zittererscheinungen haben sehr zugenommen, erstrecken sich auf Nacken, Kopf und Arme. Patellarreflexe lebhaft, starkes Zittern der Füsse. Bekommt abends 8½ Uhr einen Anfall, fällt von der Bank auf die Erde, schlägt mit der Stirn auf. Ist bewusstlos, dabei leichte Zuckungen an Armen und Beinen. Nach circa 15 Minuten Rückkehr des Bewusstseins. Völlige Amnesie.

Unter Brombehandlung rasche Besserung der Reizerscheinungen. Am 12. August in völlig besonnenem Zustand entlassen. Periodische Brombehandlung empfohlen.

Die früher gestellte Diagnose ist durch den Verlauf als richtig erwiesen. Wenngleich ein Recidiv erfolgte, ist O. doch wenigstens während längerer Zeit arbeitsfähig gewesen und wird es vermutlich wiederum für längere Zeit sein. Im Verhältnis zu den prognostisch ganz ungünstigen Fällen von chronischem Alkoholismus auf der Basis des angeborenen Schwachsinns, bei denen der Rückfall oft schon wenige Stunden nach der Entlassung erfolgt, ist dieser Verlauf als ein günstiger anzusehen, wenn auch ein neuer Anfall nervöser Störungen von epileptischer Natur selbst bei völliger Abstinenz nicht ausgeschlossen ist. Jedenfalls ist in allen Fällen von periodischer Trunksucht zu prüfen, ob nicht im Grunde Anfälle eines epileptischen Grundleidens vorliegen, was der Therapie eine bestimmte Richtung giebt.

Der Morphinismus.

Die psychopathischen Zustände, welche infolge des chronischen Morphiummissbrauches auftreten, sind noch nicht scharf genug definirt, um aus ihrer klinischen Erscheinung die bestimmte Diagnose auf eine Intoxication gerade durch Morphium stellen zu können.

Hierin liegt ein grosser diagnostischer Unterschied in Bezug auf gewisse Formen der durch Alkoholismus bedingten Geistesstörungen, unter denen zum Beispiel das Delirium tremens mit seinen Thiervisionen eine bequeme psychologische Handhabe zur Diagnose bietet. Immerhin ist es wahrscheinlich, dass sich sehr bald aus dem unklaren Allgemeinbegriff der „psychischen Entartung", welche durch den Morphinismus entsteht, bestimmte Züge werden herauslösen lassen, die pathognomonisch für diese bestimmte Art von Vergiftung sind. Immerhin lassen sich wohl schon jetzt einige Andeutungen darüber finden. Jedenfalls haben zum Beispiel chronische Alkoholisten und chronische Morphinisten in einer wahrscheinlich gesetzmässigen Weise verschiedene Färbungen ihrer Depravation. Die Schwäche des Gedächtnisses und die Unmoralität des Charakters sind Züge, welche beiden chronischen Intoxicationen gemeinsam sind. Das Charakteristische der chronischen Morphiumintoxication scheint mir in der eigenthümlichen sinnlichen Schlaffheit zu liegen, welche die damit Behafteten im Gegensatz zu der motorischen Brutalität der chronischen Alkoholisten auszeichnet. Die genaue psychophysische Untersuchung solcher chronisch von einem bestimmten Gift beeinflussten Menschen wird wahrscheinlich imstande sein, als wirklichen Grund zu den Urtheilen, welche man aus ihrer unbefangenen Beobachtung, z. B. in der Bemerkung der „Schlaffheit" rein sprachlich fällt, ganz bestimmte charakteristische Innervationsarten bei ihnen aufzudecken, ähnlich wie sich in einer bei weitem gröberen Weise der Alkoholismus durch einen charakteristischen Tremor verräth.

Ferner scheint ein wichtiger Zug, der rein psychologisch diese Intoxication von anderen unterscheidet, darin zu liegen, dass dabei in halbwachen Zuständen, besonders beim Einschlafen, eine Neigung zu Sinnestäuschungen besteht, welche durchaus keine Tendenz zur Wahnbildung wachrufen, sondern sozusagen als phantastischer Schmuck der schalen Umgebung von den Morphiumsüchtigen gern aufgenommen werden. Auch

diesen Sinnestäuschungen gegenüber scheint mir der eigenthümlich schlaffe Charakter des ganzen Zustandes zur Geltung zu kommen. Wer im Gegensatz hierzu an die enorm lebhafte Art denkt, wie z. B. Alkoholisten auf ihre Sinnestäuschungen motorisch reagiren, wird den Unterschied dieser beiden durch Intoxicationen bedingten psychischen Zustände zugeben.

Trotzdem wird es wohl kaum schon möglich sein, aus den psychischen Symptomen allein die sichere Diagnose auf Morphinismus zu stellen, wenn auch der Erfahrene öfter aus der psychologischen Beobachtung bestimmter Personen auf die Vermuthung kommen wird, dass Morphinismus vorliegt.

Für die Diagnose kommen also wesentlich die begleitenden körperlichen Symptome in Betracht. Wie bei anderen Intoxicationen kann hier der Patellarreflex fehlen. Auch kann bei minimaler Weite der Pupillen die Lichtreaction träg oder erloschen sein. Dadurch kommt in manchen Fällen die Differentialdiagnose mit progressiver Paralyse und mit anderen Intoxicationen in Frage. Zum mindesten wird das Fehlen des Patellar- oder Pupillenreflexes darauf deuten, dass eine Psychose mit materieller Schädigung der Nervensubstanz vorliegt.

Gegen Verwechslung mit der progressiven Paralyse wird, wenn anamnestische Daten über eine Giftwirkung fehlen, die Intelligenzuntersuchung schützen. Die Schulkenntnisse werden viel leichter bei der progressiven Paralyse Fehler zeigen als beim Morphinismus, welcher sich vielmehr in der Schlaffheit des Charakters äussert. Zur Unterscheidung von Alkoholismus kann, wenn die Anamnese nichts klärt, meist das Vorhandensein von Strecktremor der Finger bei letzterem helfen. Allerdings kommen auch bei Morphinismus Zittererscheinungen vor.

Sehr häufig ist der Morphinismus durch Neurosen bedingt, speciell Hysterie oder larvirte Epilepsie. Die Prognose richtet sich alsdann nach der Art und dem Grade des Grundleidens.

Am ungünstigsten sind wie bei dem chronischen Alkoholismus die Fälle, bei denen es sich eigentlich um angeborenen Schwachsinn mässigen Grades mit dem Hauptsymptom der Willensschwäche handelt.

Die beste Prognose bieten die Fälle, bei denen weder angeborener Schwachsinn noch Neurosen zugrunde liegen, bei denen es sich also nur um einen Gewohnheits-Morphinismus im strengen Sinne handelt.

Es ist daher bei der Diagnose vor allem darauf zu achten, ob Krankheiten der erwähnten Art dem Morphinismus zugrunde liegen.

G. T. aus C., geb. 1869, Kaufmann, aufgenommen in die psychiatrische Klinik zu Giessen am 30. Juni 1900.

Starke Morphiumsucht. Hat vor dem Eintritt täglich 15 Spritzen à 0·035 genommen. Tritt freiwillig auf Anregung der Invaliditätsversicherung zum Curversuch ein. Giebt auf Verlangen den mitgebrachten Vorrath von Mo.-Lösung und seine Injectionsspritze heraus. Die Anamnese ergiebt eine Reihe nervöser Störungen. Er leidet ebenso wie seine Mutter an „Kopfkrämpfen". Nach einem mit vielen Erregungen verbundenen Concurs arteten diese im Jahre 1893 aus. Er hatte heftige Kopfschmerzen und Anfälle, in denen sich Hände und Beine zusammenkrampften, der Athem erschwert war und häufig auch die Besinnung nicht ganz vorhanden war. Diese Anfälle dauerten damals stets circa 10—15 Minuten. Wegen derselben erhielt er die ersten Mo.-Einspritzungen, worauf sich die Schmerzen legten. Nach vielfachen Schwankungen im Jahre 1896 neue Verschlimmerung. Häufung der Kopfschmerzen und der Anfälle. Letztere kamen so plötzlich, dass

er momentan direct hinfiel. Er verlor die Besinnung. Nach dem Krampf Erbrechen; manchmal tobsüchtige Erregungen. Entsprechend der Verlauf bis zum Eintritt in die Klinik.

Der Befund ergiebt: Pupillen sehr eng, reagiren auf Lichteinfall kaum. Zittern der vorgestreckten Zunge und der Finger. Patellarreflexe vorhanden, links stärker als rechts. Schlechtes Aussehen. Schlaffes, apathisches Wesen.

Der Morphinismus stellt sich in diesem Fall als Nebenerscheinung eines ausgeprägten hysteroepileptischen Leidens dar. Die Prognose ist von vornherein sehr zweifelhaft. Auch nach Entwöhnung wird T. infolge nervöser Störungen speciell der epileptischen Kopfschmerzen bald wieder zur Mo.-Spritze greifen. Vorübergehende Besserung ist bei der periodischen Natur der nervösen Schmerzen nicht ausgeschlossen. Prognostisch ungünstig ist besonders die Willensschwäche des T., die in seinen Haltungen und Bewegungen hervortritt.

Der Verlauf war folgender:

Allmähliche Herabsetzung der Dosen. Am 3. Juli im ganzen pro Tag noch 0,325, am 8. Juli 0·16. Unter Abstinenzerscheinungen zunehmender Mo.-Hunger. Oefter erregt und unlustig. Droht, er wolle sich in der Stadt „das Nöthige“ besorgen.

13. Juli. Heute im ganzen 0·06. Druck auf der Brust, Athembeklemmung und Kopfschmerzen.

14. Juli. Heftige Klagen über Kopfschmerzen. Vernachlässigt sich ganz. Quärulirt viel. Wird leicht erregt. Puls auf ca. 120 pro Minute beschleunigt, oberflächlich. T. steigt Nachts 4 Uhr aus dem Fenster und weckt durch lautes Schreien und Rufen den Arzt. Verlangt Phenacetin. Muss wegen starker Kopfschmerzen mehrfach Beruhigungsmittel (Sulfonal), abgesehen von den bis 23. Juli auf 0·035 herabgesetzten Mo.-Dosen, bekommen.

Es macht sich also bei fortschreitender Entwöhnung ein immer mehr widerwilliges und reizbares Wesen bemerklich, während gleichzeitig neben den Abstinenzerscheinungen das aus der Anamnese bekannte Bild nervöser Kopfschmerzen hervortritt. Nun kommt eine neue Wendung des Krankheitsverlaufes, die zur Warnung für viele andere Fälle dienen kann.

24. Juli. Auffallend schlaff. Kann sich kaum bewegen. Ptosis beiderseits. Enge Pupillen, die kaum reagiren. Schlechter Puls. Muss aufgerüttelt werden, bevor er antwortet. Verweigert fast jede Mahlzeit. Es treten akustische Sinnestäuschungen auf: Fragt, wer gegen seine Thür geschlagen und in das Zimmer gerufen habe, obgleich niemand an der Thür gewesen ist. Macht den Eindruck eines Morphium-Vergifteten. Es gelingt nicht, Morphium oder eine Spritze bei ihm aufzufinden.

25. Juli. Völlig energielos. Liegt zusammengerollt auf der Chaiselongue. Unwillig und grob. Kann die Augen nur bis zur Mitte der Pupillen öffnen. Verdacht auf acute Morphiumintoxication.

26. Juli. Nochmalige Durchsuchung fördert eine Spritze und ein Kölbchen mit circa 6 Ccm., einer 1·0/30·0 Mo.-Lösung, ausgefertigt von einer hiesigen Apotheke, zutage. T. hat bei dem angeblichen Abholen seiner Frau vom Bahnhof sich von einem Arzt ein Mo.-Recept erschwindelt.

29. Juli. Auf sein Drängen, nach einer Correctur wegen schwindelhafter Angaben, ungeheilt entlassen.

Die von der Alters- und Invaliditätsversicherung gestellte Frage, ob T. durch Fortsetzung seiner Cur vermutlich in den Stand gesetzt worden wäre, dauernd mindestens ein Drittel von dem Verdienst eines Normalen durch Lohnarbeit erwerben zu können, wird dahin beantwortet, dass dies unwahrscheinlich sei. Die Prognose bezüglich dauernder Heilung ist

eine sehr ungünstige, wenn auch vorübergehende Besserung nicht ausgeschlossen ist. Erschwert wird die Behandlung durch die Schwindelhaftigkeit des T., welche gerade bei hysterischen Morphinisten oft stark hervortritt.

Der Cocainismus.

Der Cocainismus ist eine Erkrankung, welche in den psychiatrischen Lehrbüchern vermuthlich nur ein transitorisches Dasein haben und dann von einer anderen Intoxicationserkrankung abgelöst werden wird. Der praktische Arzt soll aus seinem Vorhandensein sich vor allem die Lehre ziehen, dass Narcotica in seiner Praxis nur mit grosser Zurückhaltung angewandt werden dürfen.

Die erste Wirkung des Cocains bei einmaliger Aufnahme ist eine dem Champagnerrausch ähnliche euphorische Erregung. Das Moment, welches nach einmaliger Anwendung leicht Wiederholung davon und chronischen Cocainismus zur Folge haben kann, ist das dem Rauschzustand folgende Gefühl des Abgeschlagenseins, welches durch erneute Aufnahme beseitigt wird. Hier liegt ein praktischer Unterschied im Hinblick auf die einmaligen Alkoholexcesse. In dem hierauf folgenden Zustande haben fast alle Menschen einen Abscheu gegen die Wiederaufnahme von Alkohol, und wenn nicht von der socialen Umgebung immer von neuem die Anregung zum erneuten Excess gegeben würde, würden vermuthlich viele Menschen, die thatsächlich Alkoholisten werden, durch die Erinnerung an die Wirkung des Excesses von der Wiederaufnahme abgeschreckt werden. Bei dem Cocain scheint dagegen der Folgezustand unmittelbar mit dem Trieb zur Wiederaufnahme verknüpft zu sein. Das Aussetzen des länger gebrauchten Mittels bewirkt schwere Abstinenzerscheinungen (allgemeines Unbehagen, Schwindel, Herzklopfen), wodurch ebenso wie durch die Folgeerscheinungen nach einmaligem Gebrauch die erneute Aufnahme des Mittels angeregt wird.

Die psychischen Erscheinungen bei dem chronischen Cocainmissbrauch lassen sich am besten im Hinblick auf die Wirkungen des einmaligen Gebrauches verstehen, deren verblasstes und von der euphorischen Grundstimmung losgelöstes Bild sie sind.

Unfähigkeit, die Aufmerksamkeit zu concentriren, besonders Erinnerungsbilder durch innere Anspannung heraufzuführen und die Gegenwart scharf zu erfassen, verbunden mit leichter Ideenflucht erinnern in abgeblasster Weise an das Rauschstadium. Der Unterschied gegen dieses besteht in der Abwesenheit der gehobenen Stimmung bis auf die kurzen Momente nach Einverleibung des Mittels. Im Gegentheil zeigt sich bei chronischem Cocainmissbrauch gleichzeitig neben den an Manie erinnernden Zuständen der intellectuellen Sphäre (leichte Ideenflucht, Vielgeschäftigkeit, Redesucht etc.), abgesehen von der Zeit der unmittelbaren Einwirkung des Mittels, eine versteckte Angst mit enormer Reizbarkeit.

Vielleicht liegen hier die psychologischen Momente zur Erklärung des eigenthümlichen Bildes acuter Geistesstörung, welches sich auf der Basis des chronischen Cocainismus entwickelt und symptomatisch als acuter hallucinatorischer Wahnsinn bezeichnet werden muss. Es handelt sich um das Auftreten von Sinnestäuschungen, besonders im Gebiete der Sprache, welche ihren speciellen Charakter durch die ängstlich-misstrauische Stimmung bekommen. Diese Sinnestäuschungen sind von einer Tendenz zur Wahn-

bildung begleitet. Man kann sagen, dass ähnlich wie der chronische Cocainist eine gewisse intellectuelle Vielgeschäftigkeit zeigt, er sich nun auch seinen acut auftretenden Hallucinationen gegenüber sehr lebhaft in den Auslegungs- und Erklärungsversuchen erweist. Wahrscheinlich hängt die Wahnbildung der Cocainisten ihren Hallucinationen gegenüber mit dem intellectuellen Grundzug des chronischen Cocainismus, der raschen Association in der Sphäre der Begriffe bei mangelnder Concentration zusammen.

Auch in den anderen Sinnesgebieten bekommen hierdurch die Hallucinationen ihre charakteristische Beigabe. Es besteht eine eigenthümliche Abenteuerlichkeit in den Erklärungsversuchen für die bestehenden Gefühlstäuschungen. Von der Paranoia lassen sich diese Wahnideen der Cocainisten durch ihren gewissermaassen maniakalischen Reichthum unterscheiden, wenn auch der Inhalt der einzelnen Wahnideen symptomatisch den Wahnideen der Paranoïschen ganz entsprechen kann.

Das Gemeinsame liegt in der Wahnidee, das Verschiedene in der Eintönigkeit und Constanz bei der Paranoia, beziehungsweise dem wechselvollen Reichthum der paranoïschen Ideen bei den Cocainpsychosen.

Es handelt sich nicht um eine feste Paranoia, sondern um eine Flucht von im Sinne der Paranoia gefärbten Gedanken. Dass aus diesem paranoïschen Delirium leicht fürchterliche Handlungen hervorgehen können (Todtschlag, Selbstmord, Brandstiftung u. s. f.), ist ohne weiteres verständlich.

Auch dem hallucinatorischen Wahnsinn der Alkoholisten gegenüber werden sich vermuthlich bald charakteristische psychologische Züge finden lassen. Anscheinend zeigt der hallucinatorische Wahnsinn der Alkoholisten viel weniger den maniakalischen Zug als derjenige der Cocainisten. Auch die Hallucinationen bei der alkoholistischen Psychose scheinen vielmehr einen stereotypen Charakter zu haben als diejenigen bei dem Cocainismus.

Uebereinstimmend mit dem hallucinatorischen Wahnsinn der Alkoholisten ist die geringe Trübung des Bewusstseins bei gleichzeitiger, durch Hallucinationen bedingter Wahnbildung. Dadurch sind die Kranken ebenso wie bei dem acuten Wahnsinn der Alkoholisten imstande, ihre verkehrten Ideen mit dem Anschein der Besonnenheit zu vertheidigen. Differentialdiagnostisch kommt für den acuten Wahnsinn der Cocainisten bei mangelnder Anamnese der Mangel von Tremor und Albuminurie in Betracht.

2. Autoïntoxicationen.

Urämie.

Die praktisch wichtigste Autoïntoxication ist neben Diabetes die als Folge chronischer Nierenkrankheit entstehende Urämie. Die nervösen Störungen, welche dabei auftreten können, setze ich als bekannt voraus. Besonders wichtig sind darunter die Anfälle von Kopfschmerzen und Ohnmachten, wodurch Verwechselung mit Epilepsie veranlasst werden kann. In psychischer Beziehung lässt sich keine eindeutige Charakteristik dieser Störungen geben. Die Geistesstörung scheint hier in der That unter dem Einflusse der Autoïntoxication öfter eine der individuellen Organisation des Kranken entsprechende Form anzunehmen, wenn man von der schweren Benommenheit, die sich öfter in übereinstimmender Weise entwickelt, absieht.

Differentialdiagnostisch ist der Umstand wichtig, dass die Verwirrtheit mit starken Erregungen verbunden sein kann, so dass die Unterscheidung von epileptischer Tobsucht, Manie oder Paralyse in Betracht kommt. Die Abgrenzung von letzterer kann besonders durch das toxisch bedingte Fehlen der Kniephänomene erschwert sein.

Als Beispiel gebe ich folgenden Fall:

M. M. aus H., geb. 3. October 1861, aufgenommen in die psychiatrische Klinik in Giessen am 21. December 1900. Von der inneren Klinik transferirt. Leidet seit lange an Nephritis und Arthritis urica. Ausser starker Schmerzhaftigkeit an mehreren Gelenken, Oedem des rechten oberen Augenlides, Oedem des Ober- und Unterschenkels, Eiweissgehalt des Urins sowie anderen Symptomen von chronischer Nephritis ist in dem Act der inneren Klinik vermerkt: Sensorium stark benommen. Patient führt wirre Reden.

20. December. Gegend Abend zunehmende Benommenheit, um 10 Uhr urämischer Anfall, starke Benommenheit, in der jedoch Patient auf Anreden noch schwach reagirt. Zunehmender maniakalischer Erregungszustand. Eigenthümliche fortwährende 20—30malige Wiederholung eines Wortes. Letzteres Symptom ist wegen der Aehnlichkeit mit katatonischen Erscheinungen wichtig. Bei der Aufnahme in die psychiatrische Klinik am 21. December tief komatös. Fast völlig ohne Reaction auf alle Arten von Reizen. Nur auf Rufen seines Namens öffnet er die Augen und starrt leer in die Ferne. Patellarreflexe erhalten. Puls 96, voll, regelmässig. Athmung mühsam, verlangsamt, 6—8 Züge in der Minute. M. lässt Urin unter sich.

Die Diagnose auf Urämie war im vorliegenden Fall durch die genaue Anamnese gegeben. Ohne diese könnte dieser Zustand mit einem epileptischen Koma verwechselt werden. Jedoch hätte das Vorhandensein der Oedeme, auch bei Unmöglichkeit der Urinuntersuchung, auf ein nephritisches Grundleiden deuten können.

Wegen der Diagnose auf Urämie abends 10 Uhr Injection von 150 Ccm. einer 0·6%igen Kochsalzlösung. Gegen Morgen Besserung. M. stand auf, taumelte wie ein Betrunkener umher. Am Tage weniger benommen, reagirte auf Fragen, versuchte Antworten zu geben, brachte es allerdings nur zu einem unverständlichen Lallen. Bei der Aufnahme flüssiger Nahrung verschluckt er sich leicht und erbricht öfter. Urin liess er unter sich. Digitalis; Coffein.

Nachts zum 23. andauernd unruhig, warf sich hin und her, ohne dass eigentliche Convulsionen auftraten, griff mit den Händen in der Luft umher, stand öfter auf, irrte wie ein Trunkener mit schwankendem Schritte umher, die glanzlosen, starren Augen weit aufgerissen. Bald legte er sich wieder nieder, versank in tiefere Bewusstlosigkeit.

23. December. Entschiedene Verschlechterung. Blase fast in Nabelhöhe. Katheterisirung, 900 Ccm. dünnen strohgelben Urins, derselbe enthält 0·3% Eiweiss, keinen Zucker. Tiefe Benommenheit, öfter Convulsionen, starke Dyspnoë. Starke Schwankungen im Grade der Bewusstseinsstörung. Gegen Mittag freier, fragte fortwährend: „Wo bin ich denn? Ei,—ei—ei—ei—ei.“ Nachmittags wieder in tiefem Koma: Asthmaanfälle mit Convulsionen.

24. December. Als besonderes Symptom fällt heute auf: das fortwährende Herumfahren mit den Händen in der Luft und Stereotypie der Haltung, die ganz an katatonische Zustände erinnert. So hält er z. B., mit dem Körper auf dem Rücken liegend, lange Zeit beide Arme vertical erhoben, auch andere Stellungen, die den Armen künstlich ertheilt sind, werden beibehalten (Katalepsie). Abends: Venäsection, 150 Ccm. Blut, mit nachfolgender Cl Na-Injection (200 Ccm.). Da der Puls unregelmässig und beschleunigt (auf 116) wird, Campherinjection.

25. December. Besserung. Giebt öfter richtige Antworten. Dabei häufig noch Wiederholung der gleichen Worte, z. B. Geh mal her! Geh mal her! u. s. f.

26. December. Verschlechterung. Fast den ganzen Tag im Koma. Oefters athetotische Bewegungen. Flexibilitas cerea und Convulsionen. Monotones Schreien: ei—ei—ei—ei—ei. Dyspnoë. Mehrfach Cheyne-Stokes'scher Athemtypus.

27. December. Katarrhalische Pneumonie. Fieber bis 39·4.

30. December. Dyspnoë, Coma. Herzschwäche. Puls 120—136. Abend 7 Uhr Exitus letalis.

Die Section erwies eine hochgradige Schrumpfniere.

Es kann kein Zweifel darüber sein, dass die psychischen Störungen in diesem Falle durch Urämie bedingt waren, wenn auch die einzelnen Symptome, besonders die an Katatonie erinnernden Züge, ungewöhnlich erscheinen. Leider ist es trotz sorgfältigster Therapie des körperlichen Leidens nicht gelungen, die Psychose zu beseitigen und den Exitus letalis zu verhindern. Dieser Misserfolg darf jedoch nicht zum Pessimismus in diesen Fällen führen. Vielmehr wird es in leichteren Fällen gelingen, die urämische Intoxication zu bekämpfen und dadurch die symptomatische Psychose zu beseitigen.

Myxödem.

Zu der Gruppe der durch Autoïntoxication bedingten Geistesstörungen können ohne zu grosse Leichtfertigkeit auch die psychischen Erkrankungen im Verlauf des Myxödems gerechnet werden. Bei der Behandlung des Cretinismus ist auf das Zusammentreffen der drei Symptome: Fehlen der Schilddrüse, Myxödem und psychische Abnormität hingewiesen worden. Wahrscheinlich ist als Grundlage des Myxödems, wenn es selbstständig bei entwickelten Individuen auftritt, eine Schilddrüsenerkrankung anzunehmen, aus welcher ein toxischer Einfluss auf das Nervensystem resultirt. Diese Geistesstörung hat grösstentheils eine scheinbare Aehnlichkeit mit der einfachen Melancholie, unterscheidet sich jedoch von dieser bei genauerem Zusehen wesentlich.

Der Erkrankung bei Myxödem fehlt meist die eigentliche melancholische Grundstimmung.

Es handelt sich nur um eine Langsamkeit des Vorstellungsablaufes und abnorme Trägheit aller motorischen Vorgänge ohne den charakteristischen Affect der Melancholie. Ist bei diesem von der Melancholie wohl zu unterscheidenden Zustande gleichzeitig Myxödem vorhanden, so wird man berechtigt sein, für die rein symptomatische Rubrik Melancholie den naturwissenschaftlich inhaltsreicheren Begriff Myxödem zu setzen, selbst wenn dieser ebenfalls noch keine ganz klare Krankheitseinheit darstellt.

Ob in den Fällen mit stärkerer melancholischer Erregung, welche gleichzeitig myxödematöse Hautbeschaffenheit zeigen, das Myxödem als Ursache zu der rein symptomatischen Geistesstörung oder als vasomotorische Begleiterscheinung einer echten Melancholie aufzufassen ist, erscheint zweifelhaft. Jedenfalls müssen die Fälle von Melancholie, bei denen gleichzeitig Myxödem vorhanden ist, zum Zwecke späterer Differenzirung herausgehoben werden. Allerdings darf man dabei nicht gleich jede etwas schwammige Hautbeschaffenheit für Myxödem erklären. Ein derartiger nicht ganz eindeutig aufzufassender Fall ist der folgende:

G. M., Waldhütersfrau, aufgenommen am 10. October 1893 im Alter von 34 Jahren. Heredität durchaus nicht zu ermitteln. Vor 5 Monaten begann sie sich Vorwürfe zu machen. Sie sagte, sie sei verdammt, die Kinder seien verloren. Arbeitete nichts mehr, jammerte viel, äusserte Selbstmordgedanken, ass sehr wenig.

Status bei der Aufnahme: deutliche myxödematöse Hautbeschaffenheit. Die Wangen fühlen sich gedunsen an.

Obgleich sie lange Zeit wenig gegessen hat, hat sie scheinbar ein wohlgenährtes Gesicht. Besonders ist auch unterhalb beider Kniescheiben eine myxödematöse Hautbeschaffenheit auffallend. Dabei zeigt M. Schilddrüsenerkrankung. An der rechten Halsseite findet sich ein fibröser Schilddrüsenknoten, daneben fühlt man jedoch noch anscheinend normales Schilddrüsengewebe.

Jedenfalls kann von einer völligen Degeneration der Schilddrüse nicht die Rede sein.

Die Kranke bot psychisch bei der Aufnahme ein Symptomenbild, in welchem Gemüthsverstimmung, zeitweilige Hallucinationen und eine grosse Langsamkeit des Denkens (auch dann, wenn der Affect nicht herrschte) im Vordergrund standen. Sie zeigte im weiteren Verlaufe oft starken Selbstmorddrang, äusserte Befürchtungen vor Gefängnis, Hinrichtung, Scharfrichter. Opiumbehandlung erwies sich als völlig wirkungslos. Im Hinblick auf die Verlangsamung des Gedankenablaufes, welche auch dann hervortrat, wenn sie in der Gemüthsbeziehung entschieden freier war, ohne dass sie im übrigen stuporös gewesen wäre, kann diese Geistesstörung doch vielleicht als Folge der myxödematösen Blutbeschaffenheit aufgefasst werden, welche dann ihrerseits als Folge der Schilddrüsenerkrankung betrachtet werden muss.

Die im Juli 1900 in Erfahrung gebrachte Thatsache, dass Frau M. noch lebt und für normal gilt, dürfte nicht gegen die hier entwickelte Anschauung sprechen, da bei Myxödem langdauernde Remissionen der Erscheinungen vorkommen.

Ebenso wie bei dem als selbständige Krankheit auftretenden Myxödem, so kommen auch bei den infolge von totaler Kropfexstirpation beobachteten Geistesstörungen Fälle vor, welche einer Melancholie sehr ähnlich sehen können. In seltenen Fällen kann natürlich das Ausbrechen einer functionellen Geistesstörung der Thatsache einer Kropfexstirpation rein zufällig folgen. Mit Bezug auf diesen Unterschied zwischen einer durch das postoperative Myxödem (Kachexia strumipriva) bedingten und einer der Kropfoperation nur chronologisch folgenden Geistesstörung will ich folgenden Fall mittheilen:

L. K., Dienstmagd, aufgenommen am 1. Januar 1886 im Alter von 18 Jahren. Die Kranke war am 26. September 1885 wegen Struma im Julius-Spital in Würzburg operirt worden. Seit dem 5. October öfter Anfälle von „Tetanie" besonders an den oberen Extremitäten. Sie hat sich körperlich ziemlich rasch von der Operation erholt, zeigt dagegen ein eigenthümlich kindisches, läppisches Wesen, das man vor der Operation nicht an ihr bemerkt hatte. Seit Mitte December Zustände von Beklemmung, Cyanose, Zeichen von Tetanie. Am 30. December, also 8 Monate nach der Operation, traten Spuren von Geistesstörung auf. Klagen über Angstgefühl, häufiges Verlassen des Bettes. Hallucinationen und Wahnbildung. Sie sagte, ihr Vater werde im Hofe abgeschlachtet. das ganze Haus stehe in Flammen, sie müsse fort. um zu helfen und dergl. Unruhiger Schlaf, geringe Nahrungsaufnahme.

Am 1. Januar hochgradige Unruhe, nicht im Bett zu halten, lautes Schreien. Transferirung nach der psychiatrischen Abtheilung. Status bei der Aufnahme: Starke ängstliche Erregung, die Kranke sieht sich scheu um, klammert sich wie hilfesuchend an die Wärterin an. hat Gesichts- und Gehörstäuschungen. In den folgenden Tagen liess die ängstliche Erregung etwas nach, blieb jedoch dann mit zeitweise bemerklichen geringen Nachlässen bestehen bis zu der aus äusseren Gründen erfolgten Entlassung am 8. Februar. Es heisst nun in der Krankengeschichte: Das Gedächtnis sehr verlangsamt. Patientin kann einfache Arbeiten.

wie Stricken, Nähen etc., nicht verrichten; sie beschäftigt sich zwar manchmal damit, doch ist das Resultat unbrauchbar.

Weitere Nachrichten über die Kranke liegen nicht vor. Hier ist bei der Chronologie der Erscheinungen die Möglichkeit einer Störung infolge der Kropfoperation in Betracht zu ziehen.

Morbus Basedowii.

Die geistigen Störungen bei Morbus Basedowii, dessen Symptomatologie in neurologischer Beziehung wir hier voraussetzen, sind im wesentlichen dreierlei Art, nämlich 1. hysterische, 2. Depressionszustände, 3. Verwirrtheit. Oft sind im ganzen Ablauf eines Falles alle drei Symptomgruppen entweder nacheinander oder in seltsamen Verbindungen gleichzeitig zu beobachten. Die diagnostischen Fehler entstehen meist dadurch, dass eines der genannten Symptome als wesentlich betrachtet und die Krankheit dementsprechend benannt wird. Als Grund dieser Symptome ist vermuthlich eine mit der Störung der Schilddrüse zusammenhängende Autoïntoxication anzunehmen. Sehr wichtig ist der intermittirende Verlauf, den diese Fälle haben, wodurch die Entscheidung der Frage, ob Aufnahme in eine Anstalt am Platze ist, oft sehr erschwert wird. Vermuthlich sind die Fälle von psychischen Störungen leichteren Grades bei Morbus Basedowii viel häufiger, als aus der Statistik der Irrenanstalten hervorgeht, da viele der Kranken nicht in diese gebracht werden. Prognostisch sehr wichtig ist der Umstand, dass infolge der Combination der psychischen Symptome, besonders der Zustände von Depression und Verwirrtheit mit Puls-Anomalieen gelegentlich das Bild eines drohenden Exitus letalis vorgetäuscht werden kann, während das Krankheitsbild sich nach kurzer Zeit wieder viel besser gestaltet. Diese psychischen Störungen bieten also in Bezug auf Remissionen eine relativ gute Prognose, schreiten jedoch häufig auch trotz mehrfacher Besserungen weiter.

1. Beispiel. Frl. L. S. aus P., geb. 28. Mai 1858, aufgenommen in die psychiatrische Klinik in Giessen am 18. Dec. 1898. Vor 6 Jahren wegen eines Depressionszustandes mit Suicidgedanken in einer Anstalt. Nach circa 3/4 Jahr Besserung. Später noch zweimal in der gleichen Anstalt. Seit 1/4 Jahr als gebessert zu Hause. Wegen eines Selbstmordversuches nach erneuten melancholischen Aeusserungen mit kreisärztlicher Bescheinigung der Geisteskrankheit in die Anstalt gebracht.

Bei der Aufnahme völlig ruhig, klar und besonnen, so dass die Thatsache der Geisteskrankheit nicht ersichtlich ist. Körperlich Zeichen von Morbus Basedowii: Thyreoidea gleichmässig vergrössert. Bei Beugung des Halses nach rückwärts starke Pulsation der Drüsenmasse. Leichter Exophthalmus. Pulsbeschleunigung auf 104. Starkes Zittern der gespreizten Finger. Patellarreflexe gesteigert.

Hätten nicht einwandfreie Zeugnisse von Seiten zweier Aerzte, der Verwandten und der Bürgermeisterei vorgelegen, so hätte man an der Thatsache der Geistesstörung zweifeln können. Jedenfalls erschien die Annahme einer Melancholie ausgeschlossen. Bald traten jedoch Erregungen von hystero-melancholischem Charakter hervor.

Nachmittag 3 Uhr heftige Erregung, weint, jammert, drängt hinaus. Unter Wache gelegt, bald wieder ruhiger.

Aehnliche Erregungen kamen periodisch während des weiteren Aufenthaltes zur Beobachtung. In der Zwischenzeit ruhig und geordnet. Dabei Symptome von Morbus Basedowii mit hysterischen Accidentien. Puls andauernd 95—100.

Parästhesieen im Abdomen. Labile Stimmung. Gelegentlich genügen die geringsten Anlässe, um Erregungen auszulösen. Als sie am 11. Januar bemerkt, dass die nicht vergitterten Fenster des Wohnzimmers durch einen Verschluss festgestellt sind, was wegen einer mit Zwangsideen behafteten Kranken geschehen war, bezieht sie dies auf sich, läuft weinend in das Erdgeschoss, schreit, sie sei in einem Gefängnis, rennt zur Hausthüre hinaus, wirft sich auf den Boden, muss zurückgetragen werden.

Am 31. Januar bei Verlegung in ein anderes Zimmer Erregungsscene. Wirft sich auf den Boden. Dyspnoë wie bei früheren Anfällen, Opisthotonus.

Am 13. Februar aus geringem Anlass Erregung, wirft sich auf den Boden, schreit, klammert sich fest. Hysterischer Dämmerzustand. Analgesie beider Körperhälften. Erkennt die Umgebung nicht. Darauf weitere Erregung, reisst sich die Haare aus, versucht sich aus dem Bett zu stürzen. Dabei weitgeöffnete starre Augen. In einem Erregungszustand am 28. Mai unrein mit Urin, was mehrfach vorkommt.

Manchmal stärkere hypochondrische Ideen. Will z. B. operirt und deshalb in die Frauenklinik verlegt werden. Dabei Züge von Apathie und Stupor. Verharrt stundenlang im Bette gegen die Wand starrend. Manchmal Erregungen mit sexuellem Charakter, wobei sie sich nackt am Boden wälzt. Will einen der Aerzte heiraten, ein Haus mit ihm beziehen u. s. w.

Der ganze Zustand erscheint als eine durch Erreglichkeit ausgezeichnete Form von Schwachsinn.

Unter Arsentherapie keine Besserung des Morbus Basedowii. Die Beobachtung hat die Nothwendigkeit weiterer Anstaltsbehandlung erwiesen. Am 22. December 1899 ungeheilt nach H. transferirt.

Der Fall wird als Morbus Basedowii mit symptomatischer Geistesstörung vom klinischen Charakter der Hystero-Melancholie mit Zügen von Schwachsinn aufgefasst. Besserungen nicht ausgeschlossen. Dauernde Heilung unwahrscheinlich.

2. Beispiel. V. D., Landwirth aus L., geb. 20. März 1837, aufgenommen in die psychiatrische Klinik in Giessen am 16. Juni 1896. Vor 30 Jahren an Morbus Basedowii gelitten, wovon er sich wieder erholte. Januar 1896 nach Influenza Angstzustände. Für einige Wochen Besserung. Dann neue Angstzustände. Vor 3 Tagen versuchte er, sich zu einem Dachfenster herauszustürzen.

Bei der Aufnahme neben einem Depressionszustand mässigen Grades Zeichen von Morbus Basedowii. Struma rechts mehr als links. Ueber den Fossae supraclaviculares sehr lebhafte Pulsation. Starke Pulsatio epigastrica. Protrusio beider Bulbi. Beschleunigte Athmung. Puls 160. Der Kranke kann die Augenlider willkürlich oft nicht ganz schliessen. Vasoparalytische Dermographie. Patellarreflexe abgeschwächt.

In dem Krankheitsverlauf treten neben der Depression, welche Verwechslung mit Melancholie bedingen könnte, intercurrente Zustände von Somnolenz und Koma auf, in denen der Kranke besonders bei der andauernden starken Pulsbeschleunigung mehrfach den Eindruck eines Sterbenden macht.

19. Juni. Meist apathisch und somnolent. Augenlider fest geschlossen, Conjunctiva stets sichtbar. Der Mund ist dabei geöffnet. Respiration und Puls stark beschleunigt.

20. Juni. Patient macht einen völlig benommenen Eindruck und ist nur schwer zu Antworten zu bringen, die er erst nach längerem Nachdenken richtig giebt. Er ähnelt dabei einem aus tiefem Schlaf Erwachenden.

23. Juni. Starke Temperaturschwankungen von 35·9—39·2, im Rectum gemessen, die anfallsweise auftreten. Isochron damit steigt die Athemfrequenz bis

zu 50—60 in der Minute. Manchmal tritt bei halbklarem Bewusstsein wieder mehr ein ängstlicher Zug hervor.

25. Juni. Patient stöhnt oft, spricht deliriös, er wisse gar nicht, wo er sich befinde, glaubt, er käme vors Gericht.

27. Juni. Collapsähnlicher Anfall mit beschleunigter und arhythmischer Athmung.

Bei einer Untersuchung des Kranken erscheint der Zustand einem anwesenden Arzt, der den Mann früher gekannt hat, als Agone. Trotzdem wird die Möglichkeit wesentlicher Besserung festgehalten. Thatsächlich treten deutliche Remissionen in körperlicher und geistiger Beziehung auf:

28. Juni. Sensorium entschieden freier. Klagt nur über Kopfschmerzen.

29. Juni. Nachmittags ausser Bett. Struma bedeutend zurückgegangen. Respiration weniger beschleunigt. Puls 120.

Am 7. August. Auf Drängen der Familie gebessert entlassen.

Ob die Besserung als Folge der Behandlung (Ergotin, warme Bäder mit kühlen Uebergiessungen) aufzufassen ist, bleibt dahingestellt. Weitere Besserung erschien möglich, jedoch war ein Recidiv wahrscheinlich. Der Verlauf war entsprechend. Die Symptome haben sich in körperlicher und geistiger Beziehung zurückgebildet, so dass D. wieder Feldarbeit thun konnte. Später anscheinend in einem Recidiv Suicid.

Der Gesammtverlauf war also ungünstig, während sich derselbe andererseits durch beträchtliche Remissionen auszeichnet. Dementsprechend ist zu betonen, dass bei sachgemässer Behandlung des Grundleidens die psychischen Störungen in manchen Fällen günstig beeinflusst werden können.

3. Infectionen.

Typhus abdominalis.

Für den praktischen Arzt besonders wichtig sind die Delirien, welche im Beginn des Typhus abdominalis, und zwar manchmal schon eher, als aus den körperlichen Symptomen die Diagnose gestellt werden kann, auftreten.

Es ist in der That einer der stringentesten Beweise für die praktische Verwendbarkeit der Psychologie, wenn, wie das wiederholt in Anstalten vorgekommen ist, aus dem psychologischen Bild mit grosser Wahrscheinlichkeit die Diagnose auf eine bestimmte körperliche Krankheit, nämlich Typhus abdominalis, gestellt werden kann.

Als Beispiel gebe ich folgenden Fall:

F. M., Zimmermannsfrau, aufgenommen am 25. März 1892 im Alter von 35 Jahren, aus dem Julius-Spital wegen Geistesstörung transferirt. Bei der Aufnahme in heftiger manieähnlicher Erregung. In dem Inhalt ihrer Reden tritt jedoch die Verwirrtheit viel mehr als die Ideenflucht in den Vordergrund; dabei in einer sinnlosen motorischen Erregung. Springt fortwährend aus dem Bett, ohne dann andere Handlungen in Bezug auf das Fortlaufen anzuschliessen. Temperatur wegen Aufregung nicht zu messen. Dabei macht sie den Eindruck einer körperlich schwer Kranken. Am nächsten Tage (26. März 1892) andauernder Rededrang, sie macht oft Reime, verdreht die Worte, dabei immer heftig motorisch erregt. Mittags verfällt sie in einen soporösen Zustand, in welchem eine Temperatur von 39·3 constatirt wurde.

Bis dahin lag die diagnostische Frage folgendermaassen: Das Charakteristische bei der Aufnahme war die schwere Verwirrtheit und der

sinnlose, nicht von Motiven geleitete Bewegungsdrang. Die rasche Aufeinanderfolge von Worten zeigt keine deutlichen associativen Zusammenhänge, es handelt sich mehr um ein Herausstossen von gedanklichen Bruchstücken. Ebensowenig ist der Bewegungsdrang in diesem Falle mit den lebhaften, wechselnden Bewegungen der Manie zu vergleichen. Auch zu den Formen von hallucinatorischer oder einfacher Verwirrtheit, welche als selbständige Krankheit in der Psychopathologie bekannt sind, passte das Bild nicht. Einerseits waren keine Hallucinationen ersichtlich, anderseits war die Bewusstseinstrübung zu stark. In letzterer Beziehung fiel noch in die Wagschale, dass die Kranke am nächsten Mittag ganz in einen soporösen Zustand gerieth. Symptomatisch passte also der Fall in keine der bekannten Formen functioneller Geistesstörung. Dazu kam das körperlich schwer kranke Aussehen und das am nächsten Tage constatirte Fieber. Als einfaches Fieberdelirium konnte der Fall nicht aufgefasst werden wegen der sehr starken Bewusstseinstrübung. Es musste also eine körperliche Krankheit angenommen werden, welche einerseits Fieber machen, anderseits das Nervensystem schwer schädigen kann. Die hauptsächlichsten davon sind Meningitis und Typhus abdominalis. Da nun Meningitis wegen Mangel anderer Symptome unwahrscheinlich war, so wurde mit grosser Wahrscheinlichkeit Typhus abdominalis angenommen.

Ich gebe nun den weiteren Verlauf:

26. März abends. Am Unterleib sind kleine rothe Flecken entstanden (Roseola?). Leichte Auftreibung des Abdomens. Milzschwellung zweifelhaft. Kein Stuhlgang.

27. März. Benommen, unorientirt, immer noch zeitweise in sinnloser, motorischer Unruhe. Mittags wird sie etwas klarer und bietet das Bild einer körperlich schwer Kranken mit Krankheitsbewusstsein. — Abends wieder benommen und ganz unorientirt. Nicht mehr motorisch erregt. Fieber sehr unregelmässig. Temperatur kaum über 38·0°. Trotz des auffallend geringen Fiebers hat sie einen sehr schwachen Puls von 140.

28. März. Deutliche Roseola an Bauch und Brust. Leichte Auftreibung des Abdomens. Stuhlgang seit der Aufnahme noch nicht vorhanden. Temperatur früh 38·3°, Puls 140. Dabei sehr schwach. Temperatur nachmittags 40·3. Nicht mehr erregt, sondern benommen.

Trotz des atypischen Fieberverlaufes und bei Abwesenheit charakteristischer Stühle wird mit Sicherheit Typhus abdominalis angenommen und die Kranke ins Julius-Spital zurückverlegt.

Der Verlauf hat die Diagnose, welche sich schon vor dem Auftreten der Roseola aus der Abwägung des psychologischen Befundes und des Fiebers ergeben hatte, völlig bestätigt. Die später aufgenommene Anamnese hat noch folgende für die Entstehung dieses Infectionsdeliriums bemerkenswerthe Züge ergeben:

7 Tage vor der Aufnahme Schüttelfröste und Stechen im Unterleib. 5 Tage in poliklinischer Behandlung. Bei der Aufnahme in das Julius-Spital am 24. März mittags schwer benommen. Nachts sehr unruhig, lacht hell auf, springt aus dem Bett.

Am 25. März früh etwas aufgehellt, giebt langsam auf einzelne Fragen richtige Antworten, frägt, wie sie ins Spital gekommen sei. Dann wieder sehr aufgeregt, wälzte sich im Bette hin und her, schwätzte und lachte. Dabei kein Fieber.

In der Poliklinik hatte sie ein sehr unregelmässiges Fieber gezeigt, und zwar am 21. März früh 38·9°, abends 38·8°, am 22. früh 37°, abends 39·8°,

am 23. früh 39°, abends 38·5°, am 24. früh 38·2°, abends im Spital 39°. Am 25. früh 37·0°. Abends stieg das Fieber auf 38·9°. Da sonst nichts auf organische Erkrankung deutete, wurde die Kranke in die psychiatrische Klinik transferirt, von wo sie mit der Diagnose auf Typhus abdominalis in das Spital zurückverlegt wurde.

Hier kann man in der That behaupten, dass, wie schon in anderen Fällen, ein Typhus abdominalis wesentlich aus den psychologischen Symptomen diagnosticirt worden ist.

Erysipel.

J. E., Bauer, aufgenommen am 25. Juli 1893 im Alter von 34 Jahren. Bei der Aufnahme in einer sinnlosen motorischen Unruhe. Wird mit grossem Widerstreben ins Bad gebracht, reisst in einer sinnlosen Weise an seinem Penis, sobald man ihm die Hände freigiebt. Stösst von Zeit zu Zeit unverständliche Bruchstücke von Sätzen hervor.

Augen starr in die Ferne oder nach der Decke gerichtet. Antwortet auf Fragen entweder gar nicht oder er stösst einige mit der Frage in keinem ersichtlichen Zusammenhang stehende Worte hervor. Im Bett sehr unruhig, rutscht herum, greift in einer schlotternden Weise nach dem Bettzeug, hebt es empor, als wenn er etwas suche. Pupillenreaction normal. Patellarreflexe vorhanden. Urin eiweissfrei. Temperatur 38·0. Im Gesicht bis zu den Ohren und auf der Stirne bis über die Haargrenze starke Hautabschuppung. Nach Aussage des Arztes, welcher den Kranken hereingebracht hat, hat E. seit dem 17. Juli, also 8 Tage vor der Aufnahme, ein Erysipel im Gesicht bekommen. Der Arzt wurde erst am 21. Juli, also 4 Tage nach dem Auftreten der Krankheit, gerufen, und zwar nicht wegen des Erysipels, sondern weil sich der Patient im Kopfe schwer krank fühlte. Der Arzt fand ihn weinerlich erregt, abends wurde er sehr unruhig. Dabei war das Fieber sehr gering (circa 38°). Am 22. Juli wurde er still und sprach auch auf Anreden kein Wort mehr. Früh um 10 Uhr fing er zu toben an, so dass er von mehreren Männern kaum im Bette gehalten werden konnte. Mitunter suchte er plötzlich loszuschlagen. Reden der ihn umgebenden Menschen fasste er dabei gar nicht mehr auf.

Er trommelte im Tacte mit Händen und Füssen an der Bettstatt. Diese Zustände von Ruhe und Bewegungsdrang, wobei er stets schwer verwirrt war, dauerten bis zur Aufnahme in die Klinik (25. Juli) an.

Die Erkrankung, welche sich symptomatisch als Verwirrtheit mit Tobsucht darstellt, hat also am 5. Tage nach Beginn eines Erysipels bei sehr geringem Fieber begonnen. Da zur Zeit der Aufnahme das Erysipel verschwunden und nur noch an der Abschuppung kenntlich war, so erschien das Erysipel, beziehungsweise die damit einhergehende Intoxication zur Erklärung der noch bestehenden starken Geistesstörung nicht ausreichend, ebensowenig, wie das sehr geringe Fieber von 38°, welches sich kaum mehr auf das schon verschwundene Erysipel beziehen liess.

Trotzdem war die tiefe Verwirrtheit so charakteristisch für die nicht seltenen Zustände nach schweren Infectionen, dass gleich bei der Aufnahme eine solche entschieden angenommen wurde. Vor allem wurde an Typhus abdominalis gedacht und sorgfältig auf Roseola und charakteristischen Stuhl gefahndet.

Ich gebe nun den weiteren Verlauf des merkwürdigen Falles:

26. Juli 1893. Sehr verwirrt. Sinnlose motorische Unruhe. Temperatur zwischen 38·4° und 38·6°. Urin normal. Da Meningitis ausgeschlossen wird, und das schon vergangene Erysipel nicht zur Erklärung auszureichen scheint, wird Typhus abdominalis angenommen.

28. Juli. Vollständige schwere Verwirrtheit. Heftiger Trieb zu masturbiren und die Finger in den After zu stecken. Fieber bis 38·3° mit Intervallen. Heiserkeit, trockene Schleimhaut in der Mundhöhle, Zuckungen und rhythmisches Schleudern mit den Händen, Armen, dem Kopf, manchmal mit dem ganzen Leib. Dazu rhythmisches Ausstossen von gesangähnlichen Lauten oder Wispern. Stuhl hellgelb und übelriechend.

29. Juli. Eine Menge roseolaartiger Flecke auf der Brust und den Armen. Patient lässt alles unter sich gehen. Koth gelb wie Erbsenmus. Puls 80—100, klein. Temperatur 37·8°. Mittags starke Cyanose auf Stirn und Nase, sehr kalte Nase, Spasmus der ganzen Musculatur. Pupillen auch bei mässiger Beleuchtung sehr eng, reagiren jedoch deutlich. Unverständliches rhythmisches Singen mit schwacher, beinahe tonloser Stimme.

29. Juli abends. Von den Roseolaflecken zeigt ein Theil kleine Erhabenheiten und Pustelbildung. Decubitus am Kreuzbein. Wegen der Kothbeschaffenheit, des Fiebers, der Roseola, welche allerdings nicht ganz typisch war, der eigenartigen psychischen Verwirrtheit, wird die Diagnose auf Typhus abdominalis gestellt und der Kranke in die innere Abtheilung des Julius-Spitales transferirt.

8. August. E. stellt sich als genesen spontan in der Klinik vor, nachdem er aus dem Julius-Spital entlassen ist.

E. hat im Julius-Spital ein Recidiv seines Erysipels bekommen, hat circa 4 Tage vollkommen das Bild eines Sterbenden geboten. Die Roseola ist zum grössten Theil in Eiterpusteln übergegangen, ausserdem hat E. einen spontanen Abscess am linken Ellbogen bekommen.

In der inneren Klinik wurde die Complication der körperlichen Symptome als abnorm schwerer Fall von Erysipel mit allgemeiner Infection aufgefasst, besonders wurden die aus der Roseola entstandenen Eiterpusteln und der grössere Abscess als Folge von Kokkenembolie bezeichnet. Die starken Diarrhoeen werden als nervöses Symptom erklärt.

Es hat sich hier also in der That um eine schwere Verwirrtheit bei Infection durch Erysipel gehandelt, nicht um Geistesstörung bei Typhus. Das Wesentliche ist, dass die infectiöse Grundlage der Geistesstörung gleich bei der Aufnahme rein aus den psychologischen Symptomen angenommen werden konnte.

Nachträglich hat sich herausgestellt, dass E. schon vor mehreren Jahren einmal Erysipel mit starken Delirien und Krämpfen hatte, und dass er insoferne erblich belastet erscheint, als ein Bruder des Vaters vorübergehend geistesgestört war.

Acuter Gelenkrheumatismus.

Viel leichter zu erkennen als die Infectionsdelirien bei Typhus abdominalis, welche den charakteristischen körperlichen Symptomen öfter vorangehen, sind die Delirien bei acutem Gelenkrheumatismus, weil dabei fast immer die körperliche Diagnose vorher gestellt werden kann. Hierher gehört folgende Beobachtung:

K. K., Händlerstochter, aufgenommen am 30. Juni 1891 im Alter von 24 Jahren.

Seit circa 14 Tagen Kopfschmerzen und geschwollene Gelenke. Poliklinisch behandelt. Seit 2 Tagen, also 12 Tage nach Beginn der Erkrankung, Beginn von psychischen Abnormitäten. Sie jammerte beständig vor sich hin, klagte sehr über Schmerzen und Müdigkeit, ass nichts, phantasirte nachts viel von Tod und Sterben. Am Tage der Aufnahme, 2 Tage nach dem Beginn geistiger Störungen, wollte sie plötzlich aus dem Hause laufen, nur mit dem Unterrock bekleidet. Bei der Aufnahme schwer verwirrt, macht sinnlose Bewegungen mit den Armen, fährt

an der Bettdecke herum, als ob sie Flocken lesen wollte. Sehr schwacher, schneller Puls. Fieber bis 41·0°.

Es musste hier die Frage erörtert werden, ob dieser Geisteszustand als blosses Fieberdelirium aufgefasst werden konnte. Der hohe Grad von Verwirrtheit sprach jedoch dagegen, und es wurde die bestehende schwere Bewusstseinstrübung als Infectionsdelirium aufgefasst. Wahrscheinlich kommt dieses Moment auch in anderen Fällen geradezu als Argument für eine besonders schwere Form von Infection in Betracht. Der Verlauf des vorliegenden Falles spricht dafür. K. ist nach wenigen Tagen an allgemeiner Sepsis zugrunde gegangen.

Abscess.

In manchen Fällen können Abscesse zu schweren Geisteskrankheiten von dem Charakter der Verwirrtheit oder tobsüchtigen Erregung führen. In diesen Fällen ist die chirurgische Behandlung des Grundleidens erstes Erfordernis der Therapie.

Als Beispiel gebe ich folgenden Fall:

Frau F. L. aus J., geb. 1865, aufgenommen in die psychiatrische Klinik in Giessen am 8. December 1899. Hereditäre Belastung nicht nachzuweisen, 4mal geboren. Vor drei Monaten letzter Partus. Regelmässiges Wochenbett. Ende November rechtsseitige Mastitis. Im Anschluss daran nervöse und geistige Störungen. Sie schlief nicht, verweigerte die Nahrung, war deprimirt, beweinte die Kinder. Am 29. November Incision der rechten Mamma mit mässiger Entleerung. Trotzdem vermehrte Geistesstörung: Motorische und sprachliche Erregung. In den letzten Tagen immer unruhiger. Sie betete, schrie, weinte, redete von ihren Sünden. Tod und Hölle, jammerte; dann wieder in heiterer Erregung, lachte, sang Choräle, redete alles durcheinander. Stark aggressiv. Schlug und schimpfte. Ging mit einem Stock auf leblose Gegenstände und Personen los.

Bei der Aufnahme zeigt sich ein manieähnlicher Zustand: Sie bringt Wortreihen in rascher Folge vor, ist heftig erregt, lacht, springt herum, singt Choräle, taktirt heftig. Der Zustand steigert sich zu sinnloser Tobsucht mit Andeutungen von Sinnestäuschungen. Sie schiebt das Bett umher, wirft alles heraus und schleudert es um sich, immer mit grinsendem Gesicht vor sich hinredend, die Pflegerinnen mit falschem Namen nennend und nach ihnen schlagend. Nachts schrankenlose Erregung. In den nächsten Tagen treten neben diesen manieähnlichen Symptomen katatonische Erscheinungen und Verwirrtheit hervor.

10. December. Kommt ins Bett, fährt dieses herum, treibt bizarre Spielereien, wickelt ein Kolter zusammen und bezeichnet es als ihr Kind, schlägt abends stereotyp mit den flachen Händen gegen die Stirn.

16. December. Weiss nicht, wie sie hergekommen ist, glaubt in einem Gasthof in der Nähe ihrer Heimat zu sein. Weiss, dass sie ungefähr 8 Tage hier ist. Personenverkennungen und Erinnerungstäuschungen. Sie bezeichnet den Arzt als denjenigen, der sie geschnitten hat, eine Pflegerin hält sie für eine Frau aus der Heimat.

Bei der Differentialdiagnose wurden am 19. December unter Ausschluss von Manie in Betracht gezogen Katatonie oder symptomatische Psychose bei Mamma-Abscess, ersterer Fall wegen der Erscheinungen von Stereotypie. Im Hinblick auf die Anamnese, ferner auf die amnestischen Züge und die zeitweilige Verwirrtheit wird letztere Diagnose angenommen.

18. December. Deutliche Fluctuation der Mamma. Erweiterung des Schnittes und Gegenschnitt unten aussen. Drainage. Starke Entleerung von stinkendem Eiter.

20. December. Incision kleiner Abscesse an den Fingern und der linken Ferse. Patientin ist ganz ruhig und klar. Hat sich völlig orientirt.

29. December. Psychisch wieder normal. In die chirurgische Klinik verlegt. Von dort nach 10 Tagen geheilt entlassen. Seitdem geistig gesund.

Diagnostisch ist in diesem Falle besonders das Auftreten Katatonieähnlicher Erscheinungen wichtig, welches die Fehldiagnose auf die prognostisch ungünstige Katatonie bedingen könnte. Mit dieser Auffassung würde ein Abwarten in chirurgischer Beziehung leicht verknüpft sein. Der günstige Verlauf des Falles zeigt jedoch, wie wichtig bei diesen Krankheiten baldiges chirurgisches Zugreifen ist.

Infectionsdelirien im Puerperium.

Einen procentuarisch geringen, aber praktisch wichtigen Bestandtheil der sogenannten Puerperalpsychosen stellen die toxisch bedingten Zustände von Verwirrtheit dar, welche durch Infection von Seiten der Geburtswege im Puerperium zustande kommen. Während in den meisten Fällen das Puerperium nur als auslösende Ursache der ausbrechenden Psychose betrachtet werden kann und diese nach ihrer symptomatischen Zusammensetzung als Melancholie, Manie, Katatonie, hallucinatorische Verwirrtheit u. s. f. aufgefasst werden muss und verläuft, ist der Zusammenhang in den angedeuteten Fällen ein viel engerer, indem die häufig im Puerperium auftretenden infectiösen Processe ihrerseits eine toxische Gehirnstörung bedingen.

Wir müssen dabei ausdrücklich bemerken, dass es eine einheitliche Puerperalpsychose nicht giebt und dass das Puerperium ein zu der allgemeinen Aetiologie gehöriges Moment darstellt. Die hier hervorgehobenen Fälle stellen also eine besondere Gruppe in dem Gebiet der puerperalen Psychosen dar, bei welchem der ätiologische Zusammenhang meist eine greifbare körperliche Basis hat.

Bei sorgfältiger Behandlung hat diese Gruppe von Psychosen im Puerperium eine gute Prognose quoad restitutionem psychicam, während die Lebensprognose zweifelhaft werden kann. Hier liegt eine therapeutische Aufgabe vor, welche die Psychiatrie in engste Fühlung mit den Aufgaben der Gynäkologie und inneren Medicin bringt. Man mache es sich zur Regel, in allen Fällen, bei denen im Puerperium eine Psychose mit Fieber auftritt, den Zustand der Geburtswege auf das genaueste zu untersuchen und die eventuell nachgewiesenen infectiösen Processe an der Infectionsstelle nach den Regeln der Gynäkologie zu bekämpfen. Allerdings kommen Fälle vor, in denen ein infectiöser Process an den Genitalorganen nicht nachgewiesen werden kann, während doch das hohe Fieber und die Verwirrtheit eine toxische Ursache auf septischer Basis annehmbar macht. Hierher gehört folgender Fall:

Frau E. N. aus G., geb. 30. Juli 1875. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik zu Giessen am 28. Mai 1896. Am 1. Mai zu Hause Geburt eines Kindes ohne Kunsthilfe. Drei Tage später Fieber. Bei einer Scheidenspülung soll „ein Stück Eihaut" mitgekommen sein. Das Fieber dauerte an. Am 24. Mai Verwirrtheit, Unruhe, lautes Schreien. Aufnahme in die Frauenklinik. Befund an den Genitalorganen negativ. Völlige Benommenheit. Reactionslos. Nachts unruhig. Temperatur 40°. Bei Verlegung in die psychiatrische Klinik völlige Verwirrtheit mit Prostration und Fieber. Nahrungsverweigerung. Sinnlose motorische Unruhe. Gefahr der Selbstverletzung.

Differentialdiagnostisch wurden bei der Aufnahme in Betracht gezogen Typhus abdominalis und Cerebrospinalmeningitis. Unter Ausschluss dieser wird trotz des negativen Befundes an den Genitalien angenommen, dass es sich um einen septischen Process von den Geburtswegen aus mit symptomatischer Geistesstörung handelt. Die Prognose der Geistesstörung an sich wird als gute betrachtet, jedoch Exitus letalis infolge Septicämie als drohend angesehen.

Die Behandlung war infolge dieser Verbindung von psychischen und körperlichen Störungen eine ausserordentlich schwierige.

Andauernd Sondenfütterung der meist benommenen Kranken. Bäder. Das Fieber dauerte in wechselnder Höhe bis 15. Juni. Seitdem trat an Stelle der Verwirrtheit unter Klärung des Bewusstseins ein Depressionszustand hervor, der in diesem Stadium die Verwechselung mit Melancholie hätte bedingen können.

Am 6. December in voller Reconvalescenz nach Hause entlassen. Amnesie für den ersten Theil der Krankheit. Sie ist völlig genesen und hat seitdem 2 Kinder ohne jede Störungen bekommen.

Der günstige Verlauf dieses Falles dürfte auch bei skeptischer Auffassung therapeutischer Erfolge doch auf die sorgfältige Berücksichtigung der körperlichen Störung zurückzuführen sein. Während bei vielen functionellen Geistesstörungen, z. B. bei Katatonie, oft die Besserungen ohne jede Beziehung zu äusseren Einwirkungen zu sein scheinen, bilden offenbar diese toxisch bedingten Formen der puerperalen Geisteskrankheiten ein dankbares Object der praktischen Psychiatrie auf dem Boden der körperlichen Medicin.*

Lyssa humana.

Diese Krankheit kommt für die praktische Psychiatrie in Deutschland fast gar nicht in Betracht, während sie z. B. in Russland und Südfrankreich eine gewisse Rolle spielt. Es handelt sich um die nach Biss von wuthkranken Hunden bei Menschen auftretende Geistesstörung, welche ganz charakteristische Symptome zeigt.

Nach einem an Melancholie erinnernden Vorstadium bildet sich eine schwere Verwirrtheit mit schreckhaften Sinnestäuschungen aus, in welcher die Kranken sehr gemeingefährlich sind.

Dabei zeigen sich, was die Diagnose im Hinblick auf anders bedingte Formen von hallucinatorischer Verwirrtheit oft sichert, heftige Schlundkrämpfe, besonders beim Anblick von Wasser.

Diese Verwirrtheit wird öfter von Pausen relativer Klarheit unterbrochen, bis sie schliesslich zum Stadium paralyticum und zum Exitus letalis führt. Vermuthlich handelt es sich dabei um eine Infectionskrankheit mit toxischer Wirkung der in den Körper eingedrungenen infectiösen Organismen.

Anhang: Fieberdelirien.

Als Anhang zu den Delirien bei den Intoxicationen, Autoïntoxicationen und Infectionen müssen die Fieberdelirien behandelt werden. Obgleich klinisch Fieberdelirium und Intoxicationsdelirium oft zu einer kaum trenn-

* Vergl. Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden Seite 9 u. 10, sowie die Stereoskopporträts am Ende desselben.

baren Einheit verbunden sind, lassen sie sich doch theoretisch trennen. Es giebt, wie wir gesehen haben, Infectionskrankheiten (wie z. B. Typhus), die bei sehr geringem Fieber schon starke Geistesstörung bewirken können, und zwar ist diese, wie wir gesehen haben, meist durch schwere Verwirrtheit charakterisirt, die manchmal mit sinnlosem Bewegungsdrang verbunden ist.

Dagegen kann durch hohe Fiebertemperaturen ein Delirium hervorgerufen werden, welches viel weniger durch Verwirrtheit charakterisirt ist als vielmehr durch ein lebhaftes Phantasiren und Halluciniren, was bei den echten Infectionsdelirien oft völlig fehlt.

Die gebräuchliche Eintheilung der Fieberdelirien in mehrere Grade ist offenbar dadurch zustande gekommen, dass die öfter allmählich in den Vordergrund tretenden Infectionsdelirien mit ihrer schweren Verwirrtheit als Stufenfolge der eigentlichen Fieberdelirien mit ihren massenhaften Phantasieen erschienen sind. Diese Eintheilung in Grade ist unhaltbar.

Es kommen zum Beispiel Fälle von Typhus vor, bei denen die Geistesstörung gleich mit der Verwirrtheit der Infectionsdelirien einsetzt bei sehr niederem Fieber, worauf dann das Infectionsdelirium nachlässt und sich bei steigender Temperatur ein richtiges Fieberdelirium mit lebhaften Phantasmen und massenhaften Sinnestäuschungen entwickelt.

Praktisch ist die Differentialdiagnose zwischen reinem Fieber- und Infectionsdelirium wichtig wegen der verschiedenen Prognose quoad vitam, die bei dem ersteren viel besser ist. Die echten Infectionsdelirien sind immer ein Zeichen, dass das Nervensystem von toxischen Stoffen, die an den inficirten Organen producirt werden, überschwemmt ist. Fieberdelirien können manchmal durch ganz leichte Erkrankungen, bei denen die Gefahr des Exitus letalis zunächst gar nicht in Betracht kommt, z. B. einfache Angina, in der lebhaftesten Weise ausgelöst werden und beweisen trotz ihrer symptomatischen Grossartigkeit durchaus nicht eine so schwere Schädigung, wie sie bei den Infectionsdelirien immer vorliegt.

Gruppe B.

Geistesstörungen ohne nachweisbare Veränderung der Hirnsubstanz.

Wir haben als Eintheilungsprincip das Kriterium hingestellt, ob sich bei einer Geistesstörung etwas über die Veränderung der Hirnsubstanz aussagen lässt oder nicht. Von denjenigen Geisteskrankheiten, bei welchen dies nicht der Fall ist, erscheint ein Theil dadurch ausgezeichnet, dass wenigstens greifbare motorische Symptome vorhanden sind, welche einen Schluss auf den Zustand gewisser Hirncentren erlauben. Es handelt sich um diejenigen Psychosen, welche auf dem Boden von Neurosen entstehen und deren Diagnose wesentlich auf der Beachtung der gleichzeitig vorhandenen nervösen Symptome beruht. Hierher gehören die Psychosen bei Epilepsie, Hysterie, Chorea, Paralysis agitans.

Während sich hierbei meist etwas Objectives über bestimmte vom Nervensystem abhängige Bewegungserscheinungen aussagen lässt, ist bei

einer zweiten Gruppe nicht einmal dies der Fall, so dass man sich hier ganz im Gebiet der functionellen Geisteskrankheiten befindet.

Es besteht nun eine erklärliche Neigung, bei den von motorischen Symptomen begleiteten Geistesstörungen eine materielle Grundlage der Krankheit im Gehirn hypothetisch anzunehmen und dadurch die Grenzen des Gebietes vorzeitig zu überschreiten. Eine Krankheit, bei welcher fortwährend eine solche Veränderung postulirt wird, besonders da es nahe liegt, eine autoïntoxicatorische Ursache der Erscheinungen anzunehmen, ist die genuine Epilepsie. Vielleicht hat sie am meisten Aussicht, in die Kategorie der materiell definirbaren Krankheiten hinüberzukommen, vorläufig jedoch behandeln wir sie entsprechend dem in der Vorrede ausgesprochenen Grundsatz noch als eine Geistesstörung, über deren materielles Correlat sich nichts aussagen lässt, wenn auch bestimmte greifbare Symptome von Seiten des Nervensystemes vorliegen.

Die genuine Epilepsie.

Ἐπιληψία bedeutet als Derivativum von ἐπιλαμβάνειν ergreifen, eigentlich im Allgemeinen das Ergriffensein. Der specielle Krankheitszustand, an welchen bei dem Worte ἐπιληπτικός (von ἐπίληπτος oder ἐπίλαμπτος) gedacht wurde, setzte sich aus Bewusstlosigkeit und Krämpfen zusammen. Es ist jedoch dieser letztere Begriff zum Hauptinhalt des Wortes gemacht worden, so dass man bei dem Worte Epilepsie hauptsächlich an das rein körperliche Phänomen des Krampfes denkt. Jedenfalls ist aber das Wort nur der Ausdruck für eine Combination von Symptomen, nicht für eine Krankheit. Bewusstlosigkeit einerseits, Krämpfe andererseits und Combination von Bewusstlosigkeit mit Krämpfen kommt nun bei einer ganzen Reihe von verschiedenen Krankheiten vor.

Abgesehen von dieser allgemein nervenpathologischen Bedeutung versteht man unter Epilepsie öfter eine ganz bestimmte Krankheit, in welcher jene beiden Symptome als Hauptzeichen vorkommen. Es ist aber gut, diese engere Bedeutung als bestimmte Krankheitsform durch ein specialisirendes Adjectivum zu kennzeichnen. Deshalb nenne ich die Epilepsie als wohlcharakterisirte Krankheitsform genuine Epilepsie, nenne jedoch auch alle mit Bewusstseinsverlust einhergehenden Krämpfe epileptisch (nicht, wie es öfter geschieht, epileptoid, d. h. epilepsieähnlich), selbst wenn diese epileptischen Krämpfe nur Theilerscheinung einer anderen, von der genuinen Epilepsie völlig verschiedenen Erkrankung sind. Solche Krankheiten, bei denen epileptische Krämpfe auftreten können, sind progressive Paralyse, Tumor cerebri, Alkoholismus, Bleiintoxication etc.

Die Entscheidung, dass es sich bei epileptischen Krämpfen nicht um irgend eine von diesen wohlcharakterisirten Nervenkrankheiten handelt, ist die praktische Voraussetzung zur Diagnose einer genuinen Epilepsie. Deshalb müssen wir die Differentialdiagnose zwischen diesen mit epileptischen Krämpfen manchmal vergesellschafteten Krankheiten einerseits und genuiner Epilepsie andererseits besonders im Auge behalten. Zugleich geht aus dieser Definition hervor, dass die Diagnose der genuinen Epilepsie in vielen Fällen eine Ausschlussdiagnose ist und dass ihr symptomatischer Charakter wesentlich auf unserer Unkenntnis über den pathologisch-anatomischen oder chemischen Charakter der Krankheit beruht. Es ist auch wahrscheinlich,

dass sich ein Theil der unter genuiner Epilepsie zusammengefassten Fälle später nach bestimmten greifbaren Charakteren wird zusammenfassen und heraussheben lassen, so dass sich vielleicht später das Wort epileptisch ganz in die allgemeine Pathologie verweisen lassen wird.

Die Krankheit, um welche es sich handelt, ist also weniger durch den einzelnen mit Bewusstlosigkeit verbundenen Anfall, der eben auch bei anderen Krankheiten vorkommen kann, charakterisirt, als durch den Verlauf.

Der einzelne Anfall verläuft dabei ungefähr folgendermaassen: Es treten meist kurz vor dem Anfall sonderbare Empfindungen auf, eine Art von Unbehaglichkeit, ein Aufwallen aus dem Körper nach dem Kopf zu, von Alters her „αὔρα, Hauch“ genannt. Nun tritt plötzlich völlige Bewusstlosigkeit ein, wobei die Kranken hinstürzen, wenn sie nicht, durch die Aura gewarnt, vorher ein ungefährliches Lager aufsuchen. Zugleich beginnen die Zuckungen, welche häufig die ganze Körpermusculatur betreffen. In vielen Fällen zeigt sich eine allgemeine Starre der Musculatur, welche von krampfhaften Bewegungen unterbrochen wird. Die Zuckungen gehen an den Gliedern meist im Sinne der Beugung vor sich. Die Daumen sind dabei eingeschlagen. Jedoch kommen auch Fälle mit vorwiegenden Streckinnervationen vor. Oft beginnen die Zuckungen in einer bestimmten Muskelgruppe und breiten sich erst dann auf die ganze Musculatur aus. Das Facialisgebiet ist öfters betheiligt. Die Augenlider werden oft weit aufgerissen und die Augen krampfhaft nach einer Seite gedreht. Durch den krampfhaften Schluss der Masseteren kommt, wenn die Zunge sich zufällig zwischen den Zähnen befindet oder unwillkürlich krampfhaft etwas nach vorne gestreckt wird, oft Zungenbiss zustande. Spuren hiervon sind in zweifelhaften Fällen für die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Epilepsie sehr wichtig. Die Pupillen sind manchmal während des Anfalles erweitert und starr, können aber auch normale Reaction zeigen. Die Sehnenreflexe sind in einigen Fällen während des Anfalles verschwunden, sind dann meist wie oft schon im Anfang des Anfalles während des Ueberganges zum Erwachen sehr gesteigert und können sonderbarer Weise nach Aufhören des Krampfes noch einmal auf kurze Zeit verschwinden. Mit diesem Anfall ist nun in den typischen Fällen völlige Bewusstlosigkeit verknüpft. Meistentheils besteht nachher Erinnerungslosigkeit, so dass die Kranken das Geschehene erst von ihrer Umgebung erfahren.

Diese Charakterisirung macht jedoch mehrere Einschränkungen nothwendig. Die völlige Erinnerungslosigkeit spricht zwar für die epileptische Natur der Krankheit. Es ist jedoch falsch, deswegen, weil sich ein Mensch an die Vorgänge während seiner Anfälle ganz oder zum Theile erinnert, auf das Nichtvorhandensein von genuiner Epilepsie zu schliessen. Es kommen Fälle von Epilepsie vor, in welchen das Bewusstsein nicht ganz aufgehoben ist.

Es ist nun ein strenger Unterschied zu machen zwischen Bewusstlosigkeit und Erinnerungslosigkeit (Amnesie). Wenn das Bewusstsein bei dem Anfall ganz aufgehoben ist, so ist natürlich eine Erinnerung an das während der Bewusstlosigkeit Geschehene von vornherein ausgeschlossen. In diesem Fall resultirt in der That aus der Bewusstlosigkeit die Erinnerungslosigkeit. In den Fällen jedoch, wo das Bewusstsein nicht ganz aufgehoben ist, kann Erinnerungslosigkeit da sein oder sie kann fehlen. Es kommt z. B. vor, dass eine Person, mit der man sich unterhält.

plötzlich ganz geistesabwesend wird, vielleicht nur leicht die Augen verdreht, dabei aber noch imstande ist, richtig auf dem Stuhl zu sitzen oder neben einem her zu gehen: dass sie einige sinnlose Greifbewegungen mit den Händen macht etc., während eine im Zusammenhang des Gespräches gerichtete Frage entweder gar nicht oder nur noch in automatenhafter Weise ganz sinnlos mit „ja" oder „nein" beantwortet wird. Nach kurzer Zeit kommt dann wieder die völlige geistige Fähigkeit zurück. Man hat diese leichteren Bewusstseinsstörungen als petit mal bezeichnet. Hier sind unzweifelhaft während des Zustandes noch geistige Vorgänge in dem Befallenen vorhanden, so dass man von Bewusstlosigkeit nicht reden kann. Nun kann sich der Kranke an diesen Zustand entweder erinnern oder nicht erinnern. Es kommt sogar vor, dass er in diesem dem Anfall folgenden Zustand sich dunkel an den Wortlaut der gestellten Fragen erinnert und sich erst jetzt hinterher ihren Sinn zurechtlegt, was ihm vorher vermöge der partiellen Bewusstseinsstörung unmöglich war. Diese Thatsache, dass jemand sich an eine zu irgend einer Zeit begangene Handlung erinnert, wird nun manchmal in Gutachten eindeutig gegen die Annahme der epileptischen Natur des Zustandes verwerthet. Diese irrthümliche principielle Auffassung der Lehre von der Amnesie als Charakteristicum des epileptischen Anfalles muss besonders im Hinblick auf die Praxis der Begutachtung entschieden verworfen werden.

Ebenso wie die Bewusstseinsstörung bei dem epileptischen Anfall keine absolute zu sein braucht, so verhält es sich auch mit den Krämpfen. Es ist durchaus nicht nothwendig, dass die ganze Körpermusculatur gleichmässig befallen sein muss, um die Annahme einer genuinen, d. h. nicht durch organische Gehirnleiden oder Intoxicationen etc. bedingten Epilepsie zu rechtfertigen. Es kommen mit völliger oder partieller Bewusstseinsstörung verbundene Krämpfe vor, welche sich nur in einzelnen Muskelgruppen, z. B. im Facialisgebiete oder im Gebiete der Augenbewegungen oder an einer Extremität abspielen.

Diese Formen von Epilepsie erregen oft den Verdacht von localisirter Erkrankung der Nervensubstanz oder von Hysterie, müssen aber, im Zusammenhange des Krankheitsverlaufes betrachtet, entschieden als genuine Epilepsie aufgefasst werden. Zu diesen isolirten Krampferscheinungen ohne Bewusstseinsverlust gehören anscheinend auch manche Fälle von anfallsweise und krampfhaft auftretenden Blasenstörungen (z. B. Fälle von Enuresis bei Kindern), ferner Anfälle von Hyperhidrosis etc. Es ist zwar unmöglich, aus einem solchen Symptom, welches vielfachen Deutungen ausgesetzt ist, ohne weiteres die Diagnose auf Epilepsie zu stellen, oft aber kann die Kenntnis von solchen Symptomen den Arzt dazu veranlassen, noch weiter nach wirklichen epileptischen Anfällen zu forschen, deren früheres Vorhandensein bemerkenswerther Weise oft erst sehr schwer und spät ermittelt wird. Ferner muss bemerkt werden, dass bei Epileptischen auch ausserhalb der Anfälle öfter tonische und klonische Zustände in isolirten Muskelgruppen vorkommen, welche ganz stereotyp immer wieder auftreten können und leicht als besondere Erkrankung nach Analogie des Tic convulsif aufgefasst werden, wenn man die Thatsache wirklicher epileptischer Krämpfe bei den Kranken ausseracht lässt. Man kann diese Zustände im Zusammenhang der ganzen Erkrankung als epileptische Anfälle ohne Bewusstseinstrübung auffassen.

Wir mussten also sowohl in Bezug auf den Bewusstseinszustand, als auch in Bezug auf die von den Krämpfen befallenen Muskelgebiete Einschränkungen des Satzes vornehmen, wonach der typische epileptische Anfall sich aus völliger Bewusstlosigkeit mit folgender Erinnerungslosigkeit und allgemeinen Muskelkrämpfen zusammensetzt. Schliesslich ist auch in Bezug auf die Aura die Einschränkung zu machen, dass sie bei vielen sehr kurz auftritt, bei manchen sogar ganz fehlt. Da die Aura, teleologisch gesprochen, eine prophylaktische Einrichtung ist, gewissermaassen ein Signal. um den Kranken das Herannahen des Gewitters anzudeuten, wonach sich dieselben durch Niedersetzen oder -Legen vor den schwereren Verletzungen schützen, so kommen bei ihrem Fehlen oft sehr schwere Verletzungen vor. Solche Kranke stürzen dann wie vom Schlage getroffen nieder und zeigen meist, wenn die Krankheit länger gedauert hat, mannigfache Spuren von Verletzungen. Vor allem trifft man oft alte Brüche des Nasenbeines und vielfache Kopfnarben. Auch Brandnarben sind bei solchen Fällen von schwerer Epilepsie mit plötzlichem Einsetzen der Bewusstlosigkeit relativ häufig, und zwar sind solche Brandverletzungen bei Epileptischen meist von enormer Tiefe, weil die Kranken, wenn sie im Anfall ins Feuer oder gegen erhitzte Eisentheile an den Ofen fallen, bewusstlos in dieser Stellung liegen bleiben. Besonders sind noch die häufigen Narben von Zungenbissen zu erwähnen, welche in der oben erwähnten Weise durch unwillkürliche Selbstverletzung zustande kommen.

Diese Verletzungen sind nun in diagnostischer Beziehung sehr wichtig, zwar nicht als eindeutiges Symptom für Epilepsie, wohl aber als Argument, um die epileptische Natur z. B. einer plötzlich auftretenden Psychose zu vermuthen. Deshalb unterziehe man stets jeden Geisteskranken schon aus diesem diagnostischen Grunde einer sorgfältigen Untersuchung auf alle früheren Verletzungen. Dass die Abwesenheit von Narben und sonstigen alten Verletzungen nicht gegen die epileptische Natur eines Zustandes spricht, ist andererseits selbstverständlich. Höchstens kann daraus der Schluss gemacht werden, dass, wenn der Zustand epileptisch ist, die epileptischen Anfälle vermuthlich mit einer Aura aufgetreten sind.

Wir haben also gesehen, dass von dem Symptomencomplex: Aura. Bewusstlosigkeit, allgemeine Krämpfe, Amnesie, jedes einzelne Symptom einen sehr grossen Spielraum in Bezug auf den Grad der Störung hat, so dass Fälle von Epilepsie vorkommen können, die mit dem typischen Bilde kaum noch eine Aehnlichkeit haben. Diese Beobachtungen haben zu dem Begriff der larvirten Epilepsie geführt, bei welcher ohne ausgesprochene Anfälle periodisch Reiz- und Ausschaltungserscheinungen im nervösen und psychischen Gebiete auftreten. Hierbei ist die Diagnose oft schwer zu stellen.

Und auch das Bild eines epileptischen Anfalles erlaubt nicht ohne weiteres mit Sicherheit die Diagnose auf genuine Epilepsie zu stellen. bevor nicht alle anderen Krankheiten. welche epileptische Anfälle als Symptom haben können, ausgeschaltet sind.

Wir legen also ein grosses Gewicht auf den Verlauf der als genuine Epilepsie zu bezeichnenden Krankheit. Sie bricht am häufigsten aus im jugendlichen Alter bis circa zum 20. Jahre. Oft gehen die Zuckungen bis in die ersten Lebensjahre zurück. Auszuschalten sind dabei die Fälle. in denen früh auftretende epileptische Krämpfe sich als Symptom organischer

Hirnkrankheiten (Hydrokephalie, Porenkephalie) darstellen. Manchmal schliesst sich die genuine Epilepsie an die sogenannten „Zahnkrämpfe“ an, oder vielmehr diese sind die erste Aeusserung der Erkrankung. In anderen Fällen bleiben die Kinder mehrere Jahre lang nach den Zahnkrämpfen frei und dann tritt plötzlich ohne jede greifbare äussere Ursache ein Anfall von Bewusstlosigkeit mit Krämpfen auf. In diesem unvermutheten, nicht von aussen veranlassten Auftreten liegt ein wichtiges, differentialdiagnostisches Moment gegenüber den hysterischen Krampfzuständen, welche bei Kindern fast immer nach einem starken psychischen Eindruck einsetzen.

Dieser erste Anfall wird meistentheils von den Angehörigen und der Umgebung wenig beachtet, wenn nicht zufällig äussere Verletzungen dabei vorgekommen sind. Die Erkrankten selbst reagiren psychisch zunächst gar nicht auf diesen Ausbruch, weil sie von dem Anfall vermöge der Bewusstlosigkeit nichts wissen und meist aus dem Anfall wieder ganz munter erwachen. Noch weniger tritt der Beginn der schweren Krankheit in das Bewusstsein der Umgebung, wenn die ersten Anfälle nachts auftreten. Oft werden die Eltern nur durch das häufig bei der Epilepsia nocturna auftretende Bettnässen aufmerksam und bemerken dann, dass das Kind nachts Zuckungen hat.

Es ist nun charakteristisch, dass nach dem ersten Anfall häufig eine lange Zeit kein Anfall wieder erfolgt, so dass die Eltern sich längst über das scheinbar geringfügige Ereignis beruhigt haben. Oft kommt erst nach mehreren Monaten der zweite Anfall. Dieser ganz allmähliche, scheinbar leichte Beginn ist nun gerade von Wichtigkeit, um solche Krampfzustände bei Kindern von den hysterischen zu unterscheiden. Letztere brechen fast immer plötzlich nach einem starken psychischen Eindruck, der ja auch mechanische Einwirkungen, z. B. eine Ohrfeige von Seiten des Lehrers, einen Fall oder eine leichte Erschütterung etc. begleiten kann, aus und häufen sich im Anfang meist in einer anscheinend sehr besorgniserregenden Weise. Auch die weiteren Anfälle zeigen das Charakteristische, dass die hysterischen meist in bestimmten Situationen, besonders in Anwesenheit von Zuschauern, auftreten, während die echt epileptischen ohne jede äussere Veranlassung in den verschiedensten Situationen und ohne Rücksicht auf die Anwesenheit menschlicher Hilfe auftreten. Während also die hysterischen Zustände bei den Kindern fast ausschliesslich in Abhängigkeit von psychischen Einwirkungen der Umgebung stehen, zeigen die epileptischen das Charakteristicum des Elementaren, nicht psychisch Beeinflussbaren, von innen Kommenden.

Während die hysterischen Anfälle meist, nachdem sie eine Zeit lang mit grosser Heftigkeit aufgetreten sind, plötzlich unter einem psychischen Einfluss ganz verschwinden, werden nach dem allmählichen Beginn der echten epileptischen Anfälle die Perioden zwischen den einzelnen Ausbrüchen immer kürzer. Während zuerst Monate zwischen den einzelnen Anfällen gelegen haben, treten dann in einer Woche vielleicht mehrere auf, worauf wieder wochenlange Pausen erfolgen. Es bilden sich dann oft Perioden von gehäuften Anfällen und relativer Ruhe heraus. Während die Kinder in den ersten Jahren nach Auftreten des ersten Anfalles geistig noch ganz normal sind, zeigen sich später fast ausnahmslos psychische Abnormitäten, besonders allmähliche Verblödung, durch welche alles in den ersten Jahren der Schule

und der schon ausgebrochenen Krankheit Gelernte wieder verloren geht. Während also von den hysterischen Zuständen der Kinder, selbst wenn sie lange bestehen, der Verstand nie angegriffen wird, ist die allmählich eintretende Verblödung die Begleiterin der zuerst anscheinend so leicht aufgetretenen echten Epilepsie.

Ich gebe nun zunächst zwei Krankengeschichten, welche die gegensätzlichen Verhältnisse der hysterischen und epileptischen Krampfzustände bei Kindern in Bezug auf Beginn der Erkrankung, Veranlassung der Anfälle, Beschaffenheit derselben und die späteren Geisteszustände verdeutlichen sollen.

Barbara Sch. aus Steinfeld. Erste Aufnahme Juni 1886 im Alter von 10 Jahren. Die Eltern und die drei Geschwister der Kranken sind normal. Ueber andere Verwandte wenig zu erfahren. Der erste Anfall von Bewusstlosigkeit und Krämpfen trat in ihrem 6. Jahre auf, nachdem sie kurze Zeit in die Schule gegangen war.

Dieses chronologische Verhältnis ist in den Köpfen der Eltern zu einem causalen geworden insoferne, als diese meinen, dass das Kind durch die von dem Schulmeister ertheilten Prügel epileptisch geworden sei. Derartige falsch construirte Causalitäten begegnen nun dem praktischen Arzte bei den Verwandten von geisteskrank Gewordenen fortwährend, und es ist eine social sehr wichtige Aufgabe für ihn, gegen solche leichtsinnigen Annahmen über Verursachung von Geistes-, beziehungsweise Nervenkrankheiten entschieden aufzutreten, selbst wenn die wahren Ursachen für das Ausbrechen solcher Krankheiten noch unbekannt sind. So hat sich auch im vorliegenden Falle gezeigt, dass ein objectiver Grund zur Annahme einer traumatischen Verursachung der Epilepsie speciell durch den Schullehrer durchaus nicht nachgewiesen werden konnte. Es handelt sich also hier um eine Krampfkrankheit, welche ohne nachweisbare äussere Ursache im 6. Jahre zuerst auftrat, nachdem das Kind sich bis dahin vollkommen normal entwickelt hatte.

Erst nach circa 1 Jahr der zweite Anfall, von da an 2 Jahre lang ungefähr alle 3 Wochen ein Anfall. Das Mädchen lernte schlecht, aber nicht schlechter als viele andere Schülerinnen. Circa 3 Jahre nach Beginn der Erkrankung auffallende Schwäche des Gedächtnisses und Defecte in moralischer Beziehung.

Ueber ihren geistigen Zustand während des ersten Anstaltsaufenthaltes im 10. Jahre findet sich in der Krankengeschichte Folgendes:

„Die geistigen Fähigkeiten der Patientin stehen unter dem Durchschnitt: sie lernt schwer und merkt schlecht, auch ist es nicht leicht, sie länger zur Aufmerksamkeit zu bringen. Dabei erregt sie fortwährend Unfrieden durch boshaftes Verhalten gegen ihre Mitpatientinnen. Wenn sie nicht streng beaufsichtigt wird, schlägt sie die anderen Patientinnen, neckt und zerrt sie, zerreisst fremde Tücher. Es hat den Anschein, dass es sich bei ihr um die Anfänge der Depravirung des Charakters handelt, wie sie bei Epileptikern oft beobachtet wird. Sie zeigte ferner in sexueller Beziehung Züge, welche besonders im Hinblick auf ihr jugendliches Alter als pathologisch erscheinen. Mehrmals wurde sie angetroffen, während sie einer anderen Kranken die Röcke aufhob und anscheinend die Genitalien betrachtete."

Im Hinblick auf den weiteren Verlauf der Erkrankung, den wir gleich erörtern wollen, ist es wichtig, dass zu dieser Zeit, also im Alter von 10 Jahren, bei dem Mädchen die Intelligenzdefecte verhältnismässig noch wenig hervortraten, während sich gleichzeitig sehr starke ethische Abnor-

mitäten zeigten. Wenn sie jedoch nicht gleichzeitig epileptisch gewesen wäre, hätte in Bezug auf ihre unmoralischen Handlungen noch sehr die Frage entstehen können, ob dieselben aus einer perversen Anlage oder nach schlechter Erziehung und unsittlichen Einflüssen eines verderbten Milieu entstanden seien. Das gleichzeitige Bestehen von epileptischen Anfällen deutet in solchen Fällen jedoch immer auf die durchaus endogene, elementar zwingende Beschaffenheit von solchen unsittlichen Antrieben. Der Zweifel über die pathologische Basis dieser Zustände muss nun im Hinblick auf den weiteren Verlauf dieses Falles ganz verschwinden. Die Kranke wurde in ihrem 15. Jahre (1891) zum zweitenmale in die Klinik aufgenommen, nachdem sie öffentliches Aergernis erregt hatte, indem sie unanständig entblösst auf der Strasse gelegen hatte.

Bei der Aufnahme erwies sie sich jetzt, 5 Jahre nach ihrem ersten Anstaltsaufenthalt, bei dem sie nur schlechtes Gedächtniss, Unaufmerksamkeit und geringe Schulkenntnisse gezeigt hatte, als völlig blödsinnig. Zeigt dabei eine grosse Unruhe. Schleudert sich im Bett fortwährend herum. Schreit oft sinnlos. Hat am Tage circa 3 schwere Anfälle von Krämpfen mit Bewusstlosigkeit, auch nachts öfters Krämpfe.

Also im 9. Jahre nach dem Beginn einer Krampfkrankheit, welche zuerst nur mit einem Anfall ohne greifbare äussere Ursache auftrat und dann ein ganzes Jahr ausblieb, ist die Kranke nach allmählicher Steigerung der Anfälle geistig auf ein sehr tiefes Niveau gesunken. Während in ihrem 10. Jahre ethische Abnormitäten im Vordergrunde standen, ist sie 5 Jahre später psychisch überhaupt fast Tabula rasa geworden und befindet sich fortwährend in einem von Krämpfen unterbrochenen beziehungsweise graduell verstärkten Dämmerzustande. — Wenn wir dabei das complicirende Moment der ethischen Abnormität vorläufig bei Seite lassen und die Thatsache der fortschreitenden Verblödung in den Vordergrund stellen, so haben wir hier nach Beginn, Verlauf und Ausgang ein typisches Bild der genuinen Epilepsie, wenn sie in so jugendlichem Alter auftritt.

Ich schliesse nun einen Fall an, welcher fast in jeder Beziehung die Antithese zu dem vorangegangenen bildet und nur durch den einzelnen Anfall eine Aehnlichkeit mit diesem Fall von genuiner Epilepsie haben könnte.

Moriz V., bei Beginn der Erkrankung $11^3/_4$ Jahre alt. Eine Schwester der Mutter hatte in jungen Jahren Veitstanz, von den 5 Geschwistern des Moriz V. leidet eine 10jährige Schwester an Enuresis nocturna, ohne sonstige Krämpfe zu haben. Im Alter von 9 Jahren fiel er von einer Steintreppe und schlug sich gegen den Hinterkopf. Er war bewusstlos, kam aber bald wieder zu sich, als man Wasser auf ihn schüttete. Er hat damals einmal gebrochen. Ueber den Puls ist nichts bekannt. Er konnte bald wieder gehen, war wieder ganz munter.

M. ist also erblich belastet und hat eine wenn auch leichte Hirnerschütterung erlitten. Diese Momente sind jedoch für die differentialdiagnostische Frage, welche sich gleich zeigen wird, ob nämlich bei der Aufnahme in die Anstalt sein Zustand als hysterisch oder epileptisch aufzufassen war, ganz indifferent, weil aus solchen Momenten die Annahme einer bestimmten Art von Neurose oder Psychose bei einem hereditär pathologischen oder durch Trauma geschädigten Individuum nicht abgeleitet werden kann.

Die Erkrankung begann nach einem schreckhaften Ereignis. Er war in der Dämmerung kurze Zeit auf dem Boden des Hauses, kam plötzlich erschreckt heruntergelaufen, und behauptete, es sei ihm jemand nachgelaufen, ein Mann mit

einem rothen Gesicht. (Solche Angaben werden ja von furchtsamen Kindern bei solchen Gelegenheiten öfter gemacht, ohne dass man deshalb gleich Hallucinationen anzunehmen braucht.) Jedenfalls ist der Knabe heftig erschrocken. Seitdem klagte er öfter über Kopfschmerzen und Schwindel. Dann traten Krampfanfälle auf, in denen er auf den Boden fiel und mit Armen und Beinen schleuderte. Später traten Anfälle von Tobsucht auf, in denen er schrie, schlug und um sich biss. Er bellte dabei wie ein Hund, lief auf Händen und Füssen wie ein Hund, sprang auch in dieser Weise ins Bett. Dabei sang er, pfiff, declamirte Gedichte. Machte dabei oft Commandos nach, focht in der Luft mit den Armen, als ob er einen Gegner vor sich hätte. Diese Anfälle traten in den ersten 3 Wochen täglich circa 20mal, sehr häufig auch nachts auf. Er war nie allein, bekam die Anfälle stets in Gegenwart anderer.

Manchmal hat er für circa 2 Stunden die Stimme verloren, war aber bei Bewusstsein und schrieb seine Wünsche auf die Tafel. Die Anfälle begannen mit einer Art von dumpfem Grunzen. Im Anfall hat er einen ganz veränderten Gesichtsausdruck, geht meistens in der Stube umher, redet ganz im Zusammenhang und wird, wenn ihm seine Einfälle und Wünsche nicht erfüllt werden, leicht wüthend; beisst dann auf die Leute los, welche ihm im Wege stehen. Ist er aus diesem Zustande, welcher oft stundenlang anhält, erwacht, so behauptet er, davon nichts zu wissen. Neulich hat ihn dieser Anfall auf einem Spaziergang überrascht; er ist dann in diesem phantasirenden Zustande nach Hause gekommen und hat später erzählt, dass ihm auf seinem Spaziergang schwindlig geworden sei und dass er von da ab nichts mehr wisse. Im Gegensatz hierzu hat die Mutter manchmal festgestellt, dass er von Eindrücken, die er in diesem Zustande bekommen hatte, hinterher doch etwas wusste, z. B. hat sie ihm während des Anfalles einen Brief zu lesen gegeben, über dessen Inhalt er hinterher Bescheid wusste. Von Ende Januar dauerte das circa 3 Wochen, dann etwas Besserung. Manchmal nur einen Anfall am Tage, früh oder abends im Bette. Er begann zu pfeifen oder zu singen, sprang dann im Hemd herum. Wenn die Mutter die Thür verschloss, ging er wieder ruhig ins Bett. Diese Zustände dauerten circa $^1/_2$—1 Stunde. Seit 4 Wochen Verschlimmerung. Fast den ganzen Tag in diesem Zustande. Er gab jedesmal bei Beginn des Anfalles ein Zeichen, einen eigenthümlichen brummenden Ton. Eine Schwester pflegte dann zur Mutter zu kommen mit der Mittheilung: „Mutter, er hat wieder gebrummt.“ Dass er nach diesem Zeichen im Anfalle war, schliesst die Mutter daraus, dass er auf Fragen nicht antwortete. Er verrichtete aber dabei sehr complicirte Sachen, z. B. Laubsägearbeiten, sehr gut. „Im Anfall“ verschaffte er sich z. B. Esswaaren, schürte Feuer an und kochte sich Eier. Der Zustand endete stets damit, dass er sich hinsetzte, dreimal tief anfathmete und einigemal einen „Schüttler“ bekam.

Hier sind also nach einem schreckhaften Ereignis zunächst Zustände aufgetreten, welche rein symptomatisch ganz gut als Theile einer genuinen Epilepsie aufgefasst werden könnten, nämlich angebliche Schwindelanfälle und Anfälle von scheinbarer Bewusstseinsstörung mit Krämpfen. Hierauf sind nun Tobsuchtsanfälle gekommen, welche ebenfalls, wie wir bald sehen werden, als epileptisch, nämlich als psychische Aequivalente aufgefasst werden könnten. Ausserdem war, wenn man leichtgläubig ist, Amnesie für die sonderbaren Zustände von Bewusstseinsstörung vorhanden. Diese Zustände traten in enormer Häufigkeit auf und zeigten sich von dem Vorhandensein von Zuschauern abhängig. Es werden darin sehr complicirte Handlungen vollzogen, welche Verstand und Aufmerksamkeit verlangen. Die behauptete Amnesie erwies sich durch die Aussagen der Mutter als sehr zweifelhaft. Wer noch zweifeln wollte, dass es sich um Hysterie und nicht um Epilepsie gehandelt hat, trotz der symptomatischen Aehnlichkeit im Anfang, muss durch den Verlauf überzeugt werden.

Bei der Aufnahme zeigten die Anfälle folgende Beschaffenheit: Sie dauern circa $^3/_4$ Stunden. M. macht die Augen dabei zu, wälzt sich im Bett, schlägt mit grosser Treffsicherheit nach der Hand des Beobachters, wenn man ihn irgendwo berührt. Fletscht die Zähne und sucht die Hand zu beissen, schreit dabei oft entsetzlich. Am zweiten Tage nach der Aufnahme $^3/_4$ Stunden lang sehr stark geschrieen und getobt, so dass ihn drei Erwachsene kaum erhalten konnten. Hatte hinterher völlige Erinnerung daran. Er schrie fortwährend: „Ich will zur Mutter, lasst mich fort.“ Biss und schlug dabei wüthend. Schlug dann auf sich selbst los und rief: „Wenn Ihr mich nicht fortlasst, mach' ich mich todt.“ Dann nachts ruhig geschlafen. Seitdem kein „Anfall“ von Krämpfen mehr.

18. Juli 1892. Die Anfälle sind seit dem letzten heftigen Schreien nicht mehr dagewesen. Hat am nächsten Tage nach dem heftigen Schreien einen Brief an die Mutter geschrieben, in welchem er die ärztlich fortwährend beobachteten Thatsachen lügenhaft entstellt. Er habe geschrieen, weil er geschlagen worden sei. Als ihm diese Lüge vorgehalten wird, erröthet er und weint dann. Es wird ihm nun regelmässig gesagt, dass er nur aus der Anstalt herauskommen könne, wenn die Anfälle wegblieben. Im Uebrigen wird er völlig ignorirt.

Am dritten Tage waren die Anfälle spurlos verschwunden. Der Knabe wurde nach 14 Tagen gesund entlassen und ist seitdem circa $1^1/_2$ Jahre ganz frei von allen epileptischen oder hysterischen Erscheinungen geblieben, ist geistig völlig normal bis auf einen Hang zur Lüge, der schon bei seinem Anstaltsaufenthalt scharf hervortrat.

Hier sind also die scheinbaren epileptischen Zustände, nachdem sie anfangs mit grosser Häufigkeit aufgetreten waren, plötzlich im Verlauf von wenigen Tagen unter rein psychicher Behandlung verschwunden, und die Intelligenz ist vollständig intact geblieben.

Ein Zug tritt in dieser Krankengeschichte hervor, der eine gewisse Verwandtschaft mit den ethischen Abnormitäten des ersten Falles zeigt, nämlich die grosse Lügenhaftigkeit. Es muss schon hier betont werden, dass solche moralische Abnormitäten bei einer ganzen Menge von verschiedenen Krankheiten vorkommen könnnen, und dass man das Wort Moral insanity nur in den sehr seltenen Fällen verwenden soll, wenn eine andere pathologische Basis der ethischen Defecte (Epilepsie, Hysterie, Manie, progressive Paralyse etc.) sicher fehlt und dieselben an sich nicht mehr unter die normalpsychologischen Zustände gerechnet werden können. Indem wir diese schwierige Abgrenzung vorläufig bei Seite schieben, betonen wir hier nur, dass solche antisociale Triebe sich oft im Verlaufe der genuinen Epilepsie entwickeln und in solchen Fällen entschieden als durch Krankheit bedingt aufzufassen sind.

Wenn bei solchen Kranken die stärkere Verblödung ausbleibt, so können sie für ihre Umgebung durch ihre antisocialen Antriebe sehr störend werden. Die Kenntnis dieser Charakterdepravation durch die Epilepsie ist für den praktischen Arzt sehr wichtig, weil er in solchen Fällen als Hausarzt in den Familien durch rechtzeitiges Eingreifen sehr viel Schlimmes verhindern kann.

Ich gebe nun einen solchen Fall, bei welchem die Krankheit ebenfalls in jugendlichem Alter ausgebrochen war:

Peter B., geboren 1878, erkrankte im 9. Jahre, aufgenommen in seinem 14. Jahre, 1892. Schwester der Grossmutter ist epileptisch, sechs Geschwister des Peter sind an Gefraisch gestorben. In der Schule wenig gelernt, ohne dass er als geistig abnorm betrachtet worden wäre. Im 9. Jahre ohne jede äussere greifbare Ursache der erste Anfall. Nach mehreren Monaten der zweite. Jetzt circa

alle 8 Tage einen. Ist in der Anstalt ein vorzüglicher Arbeiter, der mit einer grossen Intensität überall helfen will, ist jedoch moralisch vollständig pervers. Gegen seine Mitpatienten ist er sehr unverträglich. Schimpft manchmal in gemeinen Ausdrücken. Ist oft sehr boshaft. Manchmal förmliche Anfälle von Bosheit, in denen er seine Umgebung raffinirt zu ärgern sucht. Wird einmal bei einem Versuch zur Päderastie ertappt. Kann wegen ganz nichtiger Kleinigkeiten wüthend werden und muss dann von der Misshandlung der ihn umgebenden Kranken abgehalten werden. Diese Zustände sind bei ihm nicht immer gleich stark ausgeprägt, sondern wechseln mit grosser Willigkeit und Arbeitsfreudigkeit.

B., der jetzt (1893) im 15. Jahre steht und nun 6 Jahre an Epilepsie leidet, zeigt also bisher nur sehr geringe Intelligenzschwäche und wäre in psychologisch-symptomatischer Beziehung als moralisch irrsinnig zu bezeichnen, wenn nicht die Thatsache der Epilepsie als das Wesentliche erschiene. Es ist aber sehr fraglich, ob dieser Zustand constant bleiben wird. Wahrscheinlich wird B. doch noch schwachsinnig und stumpf werden, so dass er nach diesem gemeingefährlichen Stadium von moralischem Irresein noch einmal in den social viel weniger schädlichen Zustand des epileptischen Blödsinnes geräth.

Social am schwierigsten sind diejenigen Fälle, wo sich im Laufe der genuinen Epilepsie eine solche Charakterentartung entwickelt, während die Anfälle ganz ausbleiben, was ebenfalls in selteneren Fällen vorkommt. Solche Menschen bewegen sich fortwährend auf der Grenzscheide zwischen Psychopathologie und Strafrecht und bringen ihr Leben zum Theil in Gefängnissen, zum Theil in Irrenanstalten zu, was in der That öfter vorkommt. Besonders wichtig ist diese Form von epileptischer Entartung in Bezug auf die Aushebung zum Militärdienst. Manche Soldatenmishandlung mit ihren schlimmen Folgen für die misshandelnden Vorgesetzten, welche einen „verstockten“ Recruten mit Gewalt vorwärts bringen wollen, könnte vermieden werden, wenn vorher das Pathologische des Geisteszustandes richtig erkannt worden wäre.

Man hat nun in psychologischer Beziehung den Begriff der Epilepsie im Hinblick auf den excessiven und antisocialen Charakter vieler notorisch Epileptischer so erweitert, dass Menschen mit einem solchen Charakter, auch wenn sie keine Krämpfe hatten, als epileptisch aufgefasst worden sind. Hiermit muss man aber als Praktiker besonders bei Gutachten sehr vorsichtig sein. Es geht entschieden über die Grenze einer Krankheitseinheit hinaus, wenn man schliesslich alle aufbrausenden Menschen, welche im Zorn eine antisociale Handlung begehen, für epileptisch erklären und unter den Schutz des § 51 R. Str. G. B. stellen wollte. Solche Begriffserweiterungen, wenn sie in der That in Gutachten auf Grund von leichtfertigen wissenschaftlichen Theorieen manchmal vorkommen, können bei den Juristen die Psychiatrie nur in Misscredit bringen.

Nur dann, wenn entweder noch Anfälle vorhanden sind, oder sicher da waren, oder wenn deutliche „Aequivalente“, von denen wir noch reden werden, vorhanden sind oder waren, kann man solche „epileptische Charaktere“ ohne blosse Wortspielerei unter den Krankheitsbegriff Epilepsie bringen und entsprechend begutachten.

Viel einfacher liegt die Sache bei den schweren Geistesstörungen, welche sich im Laufe der epileptischen Erkrankung zeigen können. Am leichtesten aus dem reinen Bilde des schweren epileptischen Anfalles zu verstehen sind die postepileptischen Dämmerzustände. Das Erwachen

aus der schweren Bewusstlosigkeit zur völligen Klarheit geschieht dabei nicht plötzlich, sondern in einer langsam ansteigenden Art. Die mittleren Grade von Helligkeit des Bewusstseins können nun bei diesem allmählichen Uebergang ziemlich lange dauern, so dass sich dann ein traumhafter Zustand bei den Kranken zeigt, in dem sie zwar schon einfache Handlungen vollbringen können, aber durchaus noch nicht zurechnungsfähig sind. Nun kommt es öfter vor, dass die Handlungen, welche in solchen „somnambulen" Zuständen begangen werden, wenn sie nicht durch richtige Bewachung vermieden werden, sehr antisocial sind. Am leichtesten wird dies eintreten, wenn zugleich in diesem Zustand motorische Erregungen auftreten, welche die Umsetzung von traumhaften Vorstellungen in criminelle Handlungen begünstigen. Oefter steigern sich diese postepileptischen Erregungen zu starker Tobsucht.

Ferner können diese Bewusstseinstrübungen auch schon vor den Anfällen eintreten, was ja im Hinblick auf die Aura und den epileptischen Schwindel nicht verwunderlich ist. In diesen Fällen, wo die psychische Erregung durch einen epileptischen Anfall eingeleitet oder geschlossen wird, wird meist die richtige Rubricirung des psychischen Krankheitsbildes, die Ersetzung der rein symptomatischen Worte: „Tobsucht" oder „hallucinatorische Verwirrtheit" durch den Krankheitsbegriff „Epilepsie" keine Schwierigkeit machen. Nun kommen aber auch Fälle vor, wo bei notorisch Epileptischen solche acute Geistesstörungen ohne Anfälle auftreten, die man nun im Hinblick auf die prä- und postepileptischen Zustände als einen Ersatz der Anfälle, als Aequivalente auffassen muss.

Diese acuten Geistesstörungen bei Epilepsie können sehr verschiedene klinische Formen darbieten.

Relativ häufig ist eine furibunde Tobsucht, in der die Kranken alles um sich vernichten. Von der gewöhnlichen Manie unterscheidet sie sich durch die Abwesenheit von Ideenflucht oder vielmehr die gleichzeitig vorhandene Einschränkung des Bewusstseins; von der Tobsucht bei progressiver Paralyse, der sie symptomatisch sehr ähnlich sehen kann, durch die Abwesenheit paralytischer Symptome; von den Aufregungszuständen bei den hallucinatorischen Erkrankungen durch das Fehlen eines derartigen Vorstellungsinhaltes. Allerdings kommen auch viele Fälle vor, wo bei epileptischen Aequivalenten Tobsucht mit schreckhaften Hallucinationen verbunden vorkommt, ein Krankheitsbild, welches dann von manchen Zuständen bei der einfachen hallucinatorischen Verwirrtheit kaum zu unterscheiden ist. Vielleicht kann man sagen, dass das motorische Moment bei der auf epileptischer Basis entstehenden hallucinatorischen Verwirrtheit noch deutlicher und elementarer auftritt als bei der einfachen. — In Bezug auf die Umgebung sind diese Erregungen wohl mit das schlimmste, was die Psychopathologie aufweist.

Ferner kommen schwere Depressionszustände als psychisches Aequivalent bei Epilepsie vor, die sich manchmal von Melancholie im engeren Sinne kaum unterscheiden. Oefter kann man jedoch die Differentialdiagnose aus intercurrenter Verwirrtheit, amnestischen Zügen und motorischen Reizerscheinungen auch dann stellen, wenn ausgesprochene epileptische Anfälle fehlen. Diese Unterscheidung ist besonders deshalb wichtig, weil bei den Depressionszuständen auf epileptischer Basis Brom oft ausgezeichnete Dienste thut, während dasselbe bei eigentlichen Melancholiefällen fast immer wirkungslos ist.

Praktisch ist ein grosses Gewicht auf die Entscheidung der Frage zu legen, ob solche epileptische Geistesstörungen bei schon bestehendem dauerndem Schwachsinn auf epileptischer Basis gewissermaassen als acute Ausbrüche auftreten, oder ob die Kranken nach dem Verschwinden jener einen ganz intacten Intelligenzzustand bei bestehender Epilepsie aufweisen. Hierbei muss vor allem das Alter, in welchem die genuine Epilepsie einsetzt, berücksichtigt werden.

In dem oben erwähnten Falle hat sich die epileptische chronische Geistesstörung mehr im moralischen Gebiet gezeigt, ohne dass eine stärkere Verblödung eingetreten wäre. Im allgemeinen kann man sagen, dass, je später eine genuine Epilepsie auftritt, die Verblödung entweder nur geringe Grade erreicht oder ganz ausbleibt, während das Auftreten von schweren acuten Geistesstörungen als epileptischer Aequivalente bei der später einsetzenden Epilepsie durchaus nicht ausgeschlossen ist. Die Absonderung einer Epilepsia tarda als gesonderter Krankheitsform ist eigentlich ebenso wenig möglich, als man z. B. einen Hirntumor nach der Zeit, in welcher er entsteht, als infantil oder senil bezeichnen kann. Praktisch handelt es sich einfach um die Frage, ob genuine Epilepsie vorliegt oder nicht.

Nun kann man die Regel aufstellen, dass je älter ein Mensch bei dem ersten Auftreten von epileptischen Anfällen ist, die Wahrscheinlichkeit steigt, dass es sich nicht um genuine Epilepsie, sondern um symptomatische Epilepsie bei einer organischen Gehirnkrankheit (Paralysis progressiva, Tumor cerebri etc.) oder einer Intoxicationskrankheit (Alkoholismus, Urämie etc.) handelt. Deshalb ist die sorgfältigste Untersuchung auf neurologische Symptome (Fehlen der Kniephänomene, reflectorische Pupillenstarre, Sehnervenatrophie, Stauungspapille etc.), ferner auf organische Erkrankungen, welche Autoïntoxicationen bedingen können (chronische Nephritis etc.), ferner auf Gifteinwirkungen (Alkohol, Blei etc.), durchaus nothwendig, bevor bei einem Menschen in mittlerem Lebensalter die Diagnose auf genuine Epilepsie gestellt werden darf. Gerade hier muss erinnert werden, dass sehr viele Fälle von Epilepsie in die allgemeine Pathologie gehören, in dem Sinn, dass zu dem Phänomen „Epilepsie“ immer erst die specielle Krankheit gesucht werden muss, aus welcher dasselbe als Symptom entspringt.

Hat man jedoch unter Ausschluss organischer Hirnkrankheiten bei einem Menschen im mittleren Lebensalter den Ausbruch genuiner Epilepsie festgestellt, so ist die Prognose in Bezug auf die Entstehung epileptischer Verblödung verhältnismässig gut, wenn auch acute Geistesstörung als Aequivalent auftreten kann. Allerdings darf man mit diesem Satz nicht zu weit in der Reihe der Lebensjahre heruntergehen.

Selbst wenn die Krankheit in den Zwanzigerjahren zuerst auftritt, ist die Gefahr allmählicher Verblödung nicht ausgeschlossen. Erst bei dem Ausbrechen von den Dreissigerjahren an kann mit ziemlicher Sicherheit das Intactbleiben der Intelligenz prognosticirt werden, wobei jedoch acute Geistesstörungen auf der epileptischen Basis, wie schon gesagt, keineswegs ausgeschlossen sind.

Am schwierigsten wird die Diagnose, wenn die ausbrechende Epilepsie gleich mit einem psychischen Aequivalent, mit einer acuten Geistesstörung einsetzt, deren epileptische Natur dann meist nur aus dem raptusartigen

Ausbruch der Krankheit, ihrem rein motorischen Charakter (nach Ausschluss der anderen Formen von „Tobsucht“, beziehungsweise derjenigen Krankheiten, welche Tobsucht bedingen können) und der plötzlichen Heilung oft mit völliger Amnesie — vermuthet werden kann. Gerade weil in solchen Fällen bei spätem Ausbruch der Epilepsie der vollkommen normale psychische Zustand fast immer wieder erreicht wird, können zunächst leicht Verwechslungen mit anderen Formen von kurzdauernder, in Genesung übergehender functioneller Geistesstörung (Manie, hallucinatorische Verwirrtheit), oder mit Intoxicationsdelirien vorkommen. In Bezug auf die Differentialdiagnose der progressiven Paralyse kommt noch in Betracht, dass sich bei Epileptikern relativ häufig leichte Innervationsstörungen (Asymmetrie der Facialisinnervation, Pupillenungleichheit ohne reflectorische Starre etc.) finden, die, wenn sie in ihrer diagnostischen Bedeutung überschätzt werden, bei einer im mittleren Lebensalter acut ausbrechenden Psychose leicht den Fehlschluss auf progressive Paralyse bewirken.

Mit Bezug hierauf gebe ich folgenden Fall:

Adam Düring, geboren 1842, Bauer. Zum erstenmale 1883 im Alter von 41 Jahren in die Klinik aufgenommen. Schwester des Krankeu wurde im Puerperium geisteskrank, ist wieder gesund. Schon seit circa 7 Jahren zeigte er sich öfter geistesgestört, ohne dass ein Anstaltsaufenthalt uothwendig wurde. In letzter Zeit Steigerung der Erscheinungen. Er äusserte plötzlich Furcht, glaubte, er werde weggeführt, lief sehr oft in die Kirche, machte sich viele Scrupel, arbeitete aber noch fleissig. Manchmal heftige Steigeruugen, in deneu er aufgeregt wurde, Furcht vor allerlei Geisterspuk äusserte, weinte, stundenlang betete, Zeichen machte und oft in den höchsten Tönen sang.

Das bezirksärztliche Zeugnis sprach von einem „schlagähnlichen Anfall“ und „religiösem Wahnsinn“.

In der Irrenabtheilung des Julius-Spitales wurde Folgendes festgestellt: Leichte Parese des linken Facialis, neuralgische Druckpuukte an den Austrittsstellen des Nervus supraorbitalis und infraorbitalis. Sonst keine neurologischen Symptome. Während des ganzen Anstaltsaufenthaltes von circa 7 Wochen keine Spur von geistiger Störung.

Während dieser Zeit war nicht entfernt an Epilepsie gedacht worden. Als er nach circa 3 Wochen wieder in die Irrenanstalt gebracht wurde, stellte sich Folgendes heraus:

Nach seiner ersten Entlassuug war er wieder ruhig seiner Beschäftigung nachgegangen. Er klagte nur öfter über heftige Kopfschmerzen. Nach vier Wochen wieder beginnende geistige Störung. Er sprang im Gespräch ohne jede Veranlassuug von einem Gegenstand zum anderen, war unstet. Der Schwager wurde von der Schwester herbeigeholt, weil sie sich nicht sicher vor ihm fühle. Als der Schwager hinkam, fand er den D., wie er mit gläsernen Augen im Zimmer herumstierte. Er klagte, dass es in seinem Kopfe nicht richtig sei. Nachts um 12 Uhr fuhr er mit seinem Schwager und anderen Ortsangehörigen in den Wald, um Holz zu holen. Auf dem Heimweg wollte er mit seinem Gespann plötzlich umkehren auf schmalem Wege am Bergabhange, so dass er beinahe ein Uuglück angerichtet hätte. Sein Hintermann verhinderte ihu daran und fragte ihn, warum er dies thue. Auf diese Frage gab er eine ganz verstörte Antwort: „Was ist denn?“ — In der nächsten Nacht stand er wieder plötzlich aus dem Bette auf, schaute seine Umgebung starr an und gab auf keiue Frage Antwort. Einige Stunden darauf holte er aus dem Hofe Holz und legte es Stück ueben Stück auf den Hausgang. Dann lief er seiuer Frau auf Schritt und Tritt nach. Plötzlich fiel er nieder und regte kein Glied mehr. Dieser Anfall dauerte 15 Minuten, ohne dass klonische Zuckungen da waren. Am gleichen Tage traten noch drei solche Anfälle auf. Am nächsten Morgen war er verwirrt, er sagte zu einem Nachbar, der ihn besuchte,

indem er ihn ganz starr ansah: „Hast du tolle Hosen an.“ Abends um 6 Uhr sprang er plötzlich auf die Gasse und schrie: „Mein Haus geht unter, die Welt geht unter.“ Er tobte und sang die ganze Nacht durch. Nachts sprang er durch das Fenster, lief zu einer ledigen Nachbarin und redete sie mit „Mutter Gottes“ an. Bei der alsbald erfolgten zweiten Aufnahme in die Klinik zeigte sich folgendes Krankheitsbild:

D. befindet sich in starker motorischer Erregung. Sein Blick ist unstet. Er agirt und gesticulirt beständig. Ist in sehr heiterer Gemüthsstimmung, hält sich für Gott, Christus, benimmt sich pathetisch. Lacht, singt und redet durcheinander. In Bezug auf Zeit und Ort ist er nicht orientirt. Manchmal unterbricht er sich plötzlich, starrt fest auf einen Punkt, behauptet, da stünde sein Bärbele, seine Frau, die er dann mit Namen ruft. Im Hofe ging er auf eine Wärterin los und redete sie mit dem Namen seiner Tochter an. Entsprechend fortwährende Personenverkennung.

D. zeigte also bei der zweiten Aufnahme ein psychisches Bild, welches lebhaft an die Exaltation der rein Maniakalischen erinnerte, aber doch auffallende Abweichungen darbot. Er war stärker verwirrt und unorientirt, als es bei den typischen Manieen der Fall zu sein pflegt, zeigte manchmal die plötzlichen Unterbrechungen seiner Erregung, wobei er vor sich hinstarrte und Gestalten sah. Ferner hatte er starke Personenverkennung, welches Symptom bei den typischen Manieen ebenfalls weniger im Vordergrund steht.

Der frühere psychopathologische Zustand wich nach obigen Schilderungen von dem eben beschriebenen völlig ab. Nachdem D. 7 Jahre lang schon zeitweise abnorm gewesen war und schliesslich eine ängstliche Erregung mit religiösem Vorstellungsinhalt bekommen hatte, zeigte er später Zustände, in denen er ein starres Aussehen aufwies und verwirrt redete, — schliesslich bekam er eine Art von somnambulem Zustand, in dem er mit halbem Bewusstsein complicirte Handlungen (Wagenfahren, Holzzusammentragen) vollführte. Nun erst traten 4 Anfälle von Bewusstlosigkeit ohne Krämpfe auf, worauf die zur Zeit der zweiten Aufnahme bestehende acute Psychose ausbrach. Da auch die Anfälle nicht den strengen Typus der epileptischen zeigten, da ferner bei progressiver Paralyse solche Ohnmachten und langandauernde sehr unklare psychische Krankheitsbilder vorkommen, da ferner eine, wenn auch leichte Innervationsstörung vorhanden war, so musste entschieden die Möglichkeit, dass progressive Paralyse vorlag, damals noch ins Auge gefasst werden. Es fehlten jedoch auch damals alle anderen, auf Tabesparalyse deutenden Symptome. Bei der ophthalmologischen Untersuchung zeigten sich tonische und klonische Krämpfe im Levator palpebrae superioris, also ausser der Facialisasymmetrie ein zweites leichtes motorisches Phänomen.

Wenn man mir die Frage stellt, ob nun unter solchen Umständen wenigstens eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Epilepsie schon damals gestellt werden konnte, so muss entschieden mit ja geantwortet werden. Der proteusartige Charakter der über 8 Jahre sich erstreckenden Geistesstörung, das oft beobachtete starre Aussehen, die somnambulen Zustände, die leichten Innervationsstörungen, schliesslich das Auftreten von langdauernden Ohnmachtsanfällen ohne paralytische Symptome, das alles zusammen gibt ein Bild, welches eigentlich nur in den Rahmen der Epilepsie passt, selbst wenn typische epileptische Anfälle noch gar nicht aufgetreten waren. Bei dieser Auffassung erklärte sich schliesslich auch der im bezirks-

ärztlichen Zeugnis berichtete „Schlaganfall“, der dann als epileptischer Anfall erscheint.

Im vorliegenden Falle sind nun alle Zweifel an der Richtigkeit dieser Auffassung dadurch beseitigt worden, dass nach dem raschen Abblassen der manieähnlichen Erregung und mehrwöchentlicher Normalität plötzlich ganz typische epileptische Anfälle mit völliger Bewusstlosigkeit und allgemeinen

Fig. 30.



D. im gewöhnlichen Zustand.

klonischen Krämpfen auftraten, die wieder von einer starken psychischen Erregung gefolgt waren. Seitdem hat er eine grosse Menge von epileptischen Perioden durchgemacht, die meist mit Verwirrtheit und stereotyper Personenverkennung anfangen, dann schwere epileptische Anfälle mit sich bringen, worauf eine Zeit tollster, manieähnlicher Ausgelassenheit folgt, in der er viel singt und mit bewundernswerther Geschicklichkeit tanzt. Hinterher

weiss er von dem in diesen Zuständen Erlebten entweder gar nichts oder er erinnert sich ganz dunkel. Experimenti causa wurde er während der psychischen Erregung in ganz sonderbare Situationen gebracht, er hatte aber hinterher fast nie mehr auch nur die leiseste Erinnerung daran (cfr. Fig. 30 und 31). In der Zwischenzeit ist ein deutlicher Schwachsinn bei D. nicht wahrzunehmen. Defecte, die er aufweist, lassen sich als Folgen

Fig. 31.



D. in epileptischer Verwirrtheit.

mangelhafter Schulbildung auffassen. Jedenfalls stimmt der Befund zu dem Satz, dass bei der spät ausbrechenden Epilepsie Verblödung meist ausbleibt.

Bemerkenswerth in diesem Fall sind vor allem noch die leichten Innervationsstörungen im Facialisgebiet. Bei einer grossen Menge von Epileptikern findet man derartige Erscheinungen auch während ihrer anfallsfreien Zeiten. Es können leichte Zuckungen an den Armen oder Beinen

sein, ferner Facialisasymmetrieen, Pupillendifferenzen ohne reflectorische Starre, Störungen der Herzinnervation und vieles andere. Letztere verrathen sich in manchen Fällen durch transitorische Verbreiterung der Herzdämpfung. Wenn diese Symptome auch keine eindeutigen Zeichen für Epilepsie sind, so kann ihr Vorhandensein in zweifelhaften Fällen doch auf die richtige Spur bringen. Besonders bei länger dauernden Geistesstörungen auf epileptischer Basis, welche manchmal das Bild einer einfachen Melancholie oder hallucinatorischen Paranoia vortäuschen können, ist das Vorhandensein von solchen motorischen Reizerscheinungen sehr zu beachten, weil es auf den richtigen diagnostischen Weg leitet.

Zu diesen Symptomen gehören auch vasomotorische Störungen, z. B. plötzliche Oedeme an den Füssen, ferner Secretionsanomalieen, besonders transitorische Albuminurie ohne ausgesprochene Nierenkrankheit.

Ebenso bemerkenswerth sind die neuralgischen Beschwerden, welche oft bei Epileptischen mit grosser Intensität gewissermaassen als sensible Aequivalente auftreten und in ihrem speciellen Sitz ausserordentlich wechseln. Bald sind es Gesichtsschmerzen, bald Gliederreissen, bald Kopfreissen. Charakteristisch ist das ganz plötzliche, von äusseren Ursachen unabhängige Auftreten, die Unzugänglichkeit für antineuralgische Medication, die oft sehr prompte Reaction auf Brom und das oft ganz ohne Medicament eintretende plötzliche Verschwinden der Störungen. Besonders wichtig ist auch die oft bei Epileptischen anfallsartig auftretende Hemicranie und Herzbeklemmung. Letztere bildet häufig das auslösende Moment für periodische Dipsomanie.

Solche motorische und sensible Aequivalente sind, wenn man sie anamnestisch sicher feststellen kann, für die richtige Auffassung von acuten Geistesstörungen, welche auf epileptischer Basis entstehen können, öfter von grosser Bedeutung. Ich gebe nun zwei Fälle, in denen gerade diese Nebenerscheinungen diagnostisch mit den Ausschlag gegeben haben.

J. B., 40 Jahre alt, Kaufmannsfrau, gerieth nach dem Tode ihres Vaters in eine melancholische Erregung, hörte nachts Glockenläuten, sah Funken und leuchtende Strahlen vor den Augen. Meinte, dass die Leute über sie reden. Sie kam in eine Privatirrenanstalt, von dort nach mehreren Wochen nach Hause, wo sie von einem halb-sachverständigen Arzt unter der Diagnose Melancholie mit hohen Opiumdosen behandelt wurde.

Bei der Untersuchung zeigte sie, abgesehen von den psychischen Symptomen, auffallende Innervationsstörungen, starkes Zurückbleiben des linken unteren Facialisgebietes beim Sprechen und Lachen, Erweiterung der rechten Pupille ohne reflectorische Starre, ferner eine anfallsweise auftretende Pulsverlangsamung bis auf 48 in der Minute, mehrfach Fieberanfälle ohne ersichtliche Ursache.

Im Hinblick auf diese motorischen Phänomene, welche in Bezug auf Intensität häufig wechselten, wurde nun eine ganz eingehende Anamnese mit Beziehung auf Epilepsie aufgenommen, welche von dem Ehemann und der Frau immer in Abrede gestellt worden war.

Es stellte sich heraus, dass die Kranke früher häufig an plötzlich auftretenden einseitigen Gesichtsschmerzen und anderen Neuralgieen gelitten hatte, welche aller antineuralgischen Medication widerstanden. Schliesslich kam heraus, dass diese Anfälle von Schmerzen aufgetreten waren, nachdem die Kranke bis zu ihrem 12. Jahr Krämpfe gehabt hatte. Auf Grund dieser Anamnese und der functionell wechselnden Innervationsstörungen wurde die Diagnose auf Epilepsie

gestellt. Ich brach mit dem Opium plötzlich ab und gab mittelstarke Dosen Bromkalium. Der Erfolg war nach der bisherigen mehrmonatlichen vergeblichen Behandlung überraschend. Im Laufe von acht Tagen verschwanden die Sinnestäuschungen fast ganz, dann besserte sich die Gemüthsverfassung; nun traten allerdings wieder heftige Neuralgieen auf, die jedoch ebenfalls unter Brombehandlung allmählich wichen.

Hier tritt die grosse praktische Bedeutung der Diagnose auf Epilepsie deutlich zutage. Mit der Diagnose ist hier zugleich die Prognose und die therapeutische Indication ohne Weiteres gegeben. Wenn nicht die motorischen Reizerscheinungen bei dieser scheinbar einfachen Geistesstörung den Anlass gegeben hätten, nochmals ganz gründlich anamnestisch nach Symptomen von Epilepsie zu forschen, so wäre wahrscheinlich die Diagnose auf das Grundleiden nicht gestellt worden.

Aehnlich liegt der folgende Fall, in welchem die Diagnose auf Epilepsie erst nach längerer Anstaltsbehandlung gestellt wurde:

Sophie F. aus W., Arbeitersfrau, geboren 1843, aufgenommen 1893, also in ihrem 50. Jahre. War im Herbst 1892 zuerst in ihrer Wohnung in irrenärztliche Beobachtung gekommen. Bot damals das typische Bild einer agitirten Melancholie. Sie jammerte fortwährend, lief unruhig im Zimmer hin und her, rang die Hände, verweigerte die Nahrung. Es wurde damals der Rath ertheilt, sie sofort in die Klinik zu bringen, was aus pecuniären Gründen nicht geschah. Bei der $\frac{1}{2}$ Jahr später in die Klinik erfolgten Aufnahme, welche auf Antrag des Hausherrn durch die Polizei erfolgte, machte sie zuerst den Eindruck einer einfach Melancholischen, zeigte jedoch dabei auffallende Intelligenzschwäche. Sie war sehr kritiklos in Bezug auf die Ausführbarkeit von manchen Wünschen, die sie äusserte. Z. B. sagte sie, ihr Mann habe ein „Mensch“, und wollte deshalb, ohne etwas Weiteres von dieser Person zu wissen, in die Stadt laufen, um sie zu suchen. Dabei hatte sie viele hypochondrische Klagen. Sie habe einen Stein auf dem Kopf, es summe im Ohr. Eigentliche Hallucinationen waren nicht nachzuweisen.

Die Intelligenzstörungen machten die paralytische Natur ihrer scheinbar functionellen Geistesstörung wahrscheinlich. Es liessen sich jedoch durchaus keine paralytischen Symptome (Fehlen der Kniephänomene, reflectorische Pupillenstarre etc.) finden. Auch für andere organische Hirnerkrankungen, besonders Tumor cerebri, wobei chronische Gemüthsdepressionen und Intelligenzstörungen vorkommen können, liess sich kein Zeichen finden. Augenhintergrund normal.

Zu einem typischen Bilde functioneller Geistesstörung passte der psychische Zustand ebenfalls nicht. So blieb die Diagnose im Dunklen, bis am 14. Juni 1893 ein typischer epileptischer Anfall mit Krämpfen auftrat. Während von den Angehörigen bis dahin Epilepsie constant in Abrede gestellt worden war, kamen nun folgende Thatsachen zutage:

Schon vor ihrer Verheiratung hatte sie oft starke Kopfschmerzen, die einige Tage dauerten. Sie lag dann arbeitsunfähig im Bette, gab keine Antwort, hat nichts gegessen und getrunken. Auch in der Ehe sind solche Anfälle oft aufgetreten. Von Anfällen, bei denen sie bewusstlos geworden ist und Krämpfe gehabt hat, weiss der Mann gar nichts. Dabei ist jedoch in Betracht zu ziehen, dass er sehr oft vom Hause abwesend war. Nach der erwähnten ängstlichen Erregung im Herbst 1892, während welcher sie psychiatrisch beobachtet worden war, hat sie sich bald beruhigt, ohne aber geistig ganz normal geworden zu sein. Sie wurde öfter grob und gewaltthätig. Manchmal hat sie „tolles Zeug“ geredet, es ging aber immer wieder rasch vorüber. Manchmal hat sie den Mann des

Ehebruches beschuldigt und die Tochter bedroht. Auch hat sie manchmal gedroht, sie wolle sich umbringen.

Nach der Beobachtung des epileptischen Anfalles stellten sich ihre epileptischen Zustände immer klarer heraus. Sie zeigte einen überraschenden Wechsel in ihrem Intelligenzzustande. An manchen Tagen war sie, ohne dass irgendwelche krampfhafte Anfälle auftraten, ganz blödsinnig, konnte die einfachsten Rechenaufgaben nicht lösen, konnte kaum ihren Namen angeben. An anderen Tagen konnte sie psychisch als ganz normal bezeichnet werden. Anfangs Juli nach Hause entlassen, hat sie sich psychisch allmählich wieder ganz gebessert, leidet nur noch wie früher öfter an heftigen Kopfschmerzen und zeitweiligen Aufregungen.

Hier sind die anamnestischen Daten über die früheren epileptischen Aequivalente ebenfalls erst später zu ermitteln gewesen, und zwar, nachdem durch die klinische Beobachtung ein typischer epileptischer Anfall festgestellt war, während vorher Krampfzustände von den Verwandten bestimmt in Abrede gestellt worden waren. —

Auf Grund der vorstehenden Ausführungen kommen wir zu folgenden Sätzen über Epilepsie:

1. Die mit Bewusstlosigkeit verbundenen Krampfzustände der genuinen Epilepsie können symptomatisch den Anfällen bei organischen Gehirnerkrankungen oder Intoxicationen vollständig gleichen.

2. Eine Krankheitsform „genuine Epilepsie" kann nur auf Grund des Verlaufes aufgestellt werden.

3. Die Diagnose auf genuine Epilepsie nach Beobachtung eines Anfalles kann nur nach Ausschluss aller anderen Erkrankungen, welche epileptische Anfälle als Symptom haben, gestellt werden.

4. Die Krankheit beginnt häufig im jugendlichen Alter, nimmt dann in den höheren Lebensaltern relativ an Häufigkeit ab.

5. Die im Kindesalter auftretende genuine Epilepsie endet meist mit völliger Verblödung.

6. Je höher das Alter beim Ausbrechen der Krankheit ist, desto weniger ist die Gefahr der Verblödung vorhanden.

7. Im Pubertätsalter ausbrechende genuine Epilepsie hat in psychischer Beziehung oft noch eine schlechte Prognose, selbst wenn eine Reihe von Jahren keine stärkeren Intelligenzstörungen aufgetreten sind.

8. Sehr häufig führt die genuine Epilepsie in ihrem Verlaufe zu einer Depravation des Charakters.

9. Es ist klinisch unzulässig, eruptive Menschen und raptusartig denkende Genies unter den Begriff Epilepsie zu bringen, wenn nicht noch andere Zeichen von genuiner Epilepsie (Krämpfe, Ohnmachtsanfälle) an ihnen zu constatiren sind.

10. Epileptische zeigen relativ häufig motorische Reizerscheinungen, welche in zweifelhaften Fällen den Fingerzeig zur richtigen Diagnose geben können.

11. Sehr häufig haben Epileptische Reizerscheinungen im sensiblen Gebiet, besonders heftige, anfallsweise auftretende Schmerzen, z. B. Hemicranie, welche oft als Neuralgie aufgefasst und behandelt werden.

12. Zu dem Begriff des epileptischen Anfalles gehören weder völlige Bewusstlosigkeit, noch allgemeine Muskelkrämpfe, noch völlige Erinnerungslosigkeit.

Die psychogenen Zustände.

Unter dem Namen „Psychogenie“ möchte ich eine bestimmte, praktisch wichtige Gruppe von Krankheitsfällen aus dem grossen Gebiete herausheben, welches man mit dem Sammelnamen Hysterie zusammenfasst.

ὑστέρα bedeutet „Gebärmutter“, so dass also Hysterie der bestimmte Ausdruck für ein mit der Genitalsphäre zusammenhängendes (Nerven-) Leiden ist. Nun hat die „Hysterie“ im gegenwärtigen klinischen Begriff gar nichts mehr mit dem Uterus zu thun, so dass sich die wissenschaftliche Terminologie zu dem völligen Nonsens der „männlichen Hysterie“ verstiegen hat. Für den praktischen Arzt, welcher öfter genöthigt ist, um nicht unwissend zu erscheinen, den richtigen Namen für die Krankheit den Angehörigen seiner Patienten oder diesen selbst zu sagen, hat dieses Wort Hysterie nun den grossen Uebelstand, dass das Publicum bei Hysterie, entsprechend dem ursprünglichen Sinne, fast ausnahmslos an etwas Sexuelles denkt. Während also ein Arzt z. B. einer Mutter die in Bezug auf die Prognose erfreuliche Mittheilung macht, dass die fürchterlichen Krampfanfälle ihrer 7jährigen Tochter auf Hysterie beruhen, entsetzt sich die Mutter im Stillen oder auch manchmal sehr laut über die Zumuthung, dass ihr Töchterchen schon in diesem Alter sexuell verdorben sein soll. Aehnlich ist es, wenn man eine verheiratete Frau im 45. Jahre für „hysterisch“ erklärt, eine Mittheilung, welche dem Arzt sicher von vielen Ehemännern übelgenommen wird.

Abgesehen von der völligen Sinnlosigkeit, muss also schon aus Rücksicht auf die Bedürfnisse des praktischen Arztes dieses Wort durchaus beseitigt werden.

Aber nicht einmal als Bezeichnung für eine bestimmte Krankheitseinheit kann das Wort Hysterie bestehen bleiben, weil die unter diesem Namen zusammengefassten Zustände durchaus verschiedener Natur sind. Die Symptomatologie dieser künstlichen Einheit hat sich allmählich so sehr erweitert, dass es geradezu unmöglich ist, dem Praktiker ein bestimmtes Krankheitsbild zu geben, welches er sozusagen als Maasstab an die ihm begegnenden Symptomencomplexe anzulegen hätte, um ihre eventuelle Identität mit der Hysterie zu erkennen.

Wer versucht, einen ihm gegebenen Krankheitsfall nach der mehr oder minder grossen Aehnlichkeit mit dem als Hysterie beschriebenen zu diagnosticiren, ohne in jedem einzelnen Falle die Symptomencomplexe genau zu analysiren und den Zusammenhang der Symptome zu erörtern, wird in praxi sehr häufig Fehldiagnosen machen.

Ich will deshalb die Construction eines einheitlichen symptomatischen Bildes der sogenannten Hysterie ganz unterlassen und nur diejenige Gruppe von Erkrankungen daraus hervorheben, welche für eine psychiatrische Diagnostik im engeren Sinne in Betracht kommen.

Nun fängt freilich die Psychiatrie in Bezug auf diese Krankheiten nicht erst bei den Insassen von Irrenanstalten an, sondern gerade der praktische Arzt bekommt sie meistens in die Hände und wird sich der damit an ihn herantretenden Aufgabe nur auf Grund von psycho-pathologischen Kenntnissen gewachsen zeigen.

Dass die von mir getroffene Wahl des Namens „Psychogenie“ in sprachlicher und wissenschaftlicher Beziehung allen Anforderungen genügt,

möchte ich bezweifeln. Wenn jemand ein besseres Wort erfindet, wird dieses allen Praktikern und denjenigen Theoretikern, welche Sinn für eine Sprache haben, die Ausdruck, nicht aber blos abstractes inhaltsloses Zeichen sein oder gar durch Nebensinn irreführen soll, sicher willkommen sein. Ich suche mit dem Wort Psychogenie die Consequenzen aus den wissenschaftlichen Erörterungen zu ziehen, welche besonders von *Moebius* und *Rieger* in Deutschland über die Natur der sogenannten Hysterie angestellt worden sind, erkläre jedoch ausdrücklich Hysterie im jetzigen Sinne für den weiteren Begriff. Es handelt sich um Krankheitszustände, welche durch Vorstellungen hervorgebracht und durch Vorstellungen beeinflussbar sind. Dass diese Vorstellungen durch Theile des eigenen Körpers, z. B. bei Frauen durch den Uterus, oder auch durch mechanische, an sich unbedeutende Einwirkungen auf den eigenen Körper veranlasst werden können, ist klar. Ferner ist klar, dass organisch bedingte Krankheitszustände in dem gleichen Individuum Vorstellungen auslösen können, welche ihrerseits auf psychogenem Wege Krankheitszustände bewirken, welche das Bild der organischen Erkrankung gewissermaassen umhüllen. Ferner kann es vorkommen, dass mechanische Einwirkungen auf den Körper, welche mechanische Folgen auf diesen haben (Knochenbruch, speciell Schädeltraumen, Erschütterung etc.), zugleich durch Vermittlung von Vorstellungen psychogene Krankheitszustände hervorrufen, welche das Bild der von den mechanischen Folgen des Traumas abhängigen Nervenstörungen compliciren.

Die pathologische Steigerung der bei jedem normalen Menschen vorhandenen Beeinflussbarkeit ist die Grundlage des psychogenen Charakters. Man wird nun einwenden, dass hier die Unbrauchbarkeit des Wortes psychogen sich documentire, weil man wohl von psychogenen Krämpfen, aber nicht von einem psychogenen Geisteszustande sprechen könne. Es muss aber hier der Begriff hervorgekehrt werden, welcher in dem zweiten Bestandtheile des Wortes liegt, der als Derivativum von γεννάω etwas Actives, nämlich „schaffen, hervorbringen“, bedeutet. „Psychogen“ in diesem Sinne kann man diejenigen Geisteszustände nennen, welche sich κατ' ἐξοχήν durch das „Hervorbringen“ von äusseren Handlungen, in welchen sich die Geisteszustände ausdrücken, kennzeichnen. In diesem Sinne hat besonders *Kraepelin* eine Abgrenzung des Hysterischen versucht, wenn er (in seiner Psychiatrie, Leipzig 1889 pag. 428) sagt: „Als wirklich einigermaassen charakteristisch für alle hysterischen Geistesstörungen dürfen wir vielleicht die ausserordentliche Leichtigkeit und Schnelligkeit ansehen, mit welcher sich psychische Zustände in mannigfaltigen körperlichen Reactionen wirksam zeigen, seien es Anästhesien oder Parästhesien, seien es Ausdrucksbewegungen, Lähmungen, Krämpfe oder Secretionsanomalien.“ Auch die complicirten Handlungen, mit welchen solche „hysterische“ Naturen zu ihrer menschlichen Umgebung in Beziehung treten, zeigen denselben Grundzug, einen überaus leichten und schnellen Uebergang zu Handlungen, in welche sich Vorstellungen umsetzen, welche ihrerseits wegen der abnormen Beeinflussbarkeit dieser Individuen einen zu der Intensität der äusseren Eindrücke unproportionalen Wechsel zeigen.

Hieraus erklären sich alle die Charakteristica, welche man sonst zur Schilderung der „hysterischen“ Naturen verwendet hat. Es werden alle

von aussen erregten oder im Organismus selbst bedingten Zustände gewissermaassen innerlich multiplicirt. Ein minimaler Anlass zur Heiterkeit erregt Lachkrämpfe, ein kleines Unglück bringt diese Menschen zur Verzweiflung, während sie kurz nachher wieder alles im rosigsten Lichte sehen. Alle diese momentan aufleuchtenden Stimmungen werden nun in einer übertriebenen Weise geäussert; — und da wir für gewöhnlich die Intensität einer Stimmung bei einem Menschen nach der Stärke der Ausdrucksbewegungen und sonstigen Aeusserungen beurtheilen, so trauen wir unwillkürlich oft solchen psychogenen Naturen ein viel grösseres Innenleben zu, als sie in Wirklichkeit besitzen. Während sie durch ihre rührenden Klagen in ihrer Umgebung das grösste Mitleid erwecken, springen sie plötzlich bei minimalsten Anlässen in das Gegentheil der ausgedrückten Stimmung um. Vermöge der lebhaften Art der Aeusserung innerer Zustände ziehen dann solche Menschen unwillkürlich die Aufmerksamkeit ihrer Umgebung auf sich, besonders bei dem Auftreten von psychogenen Schmerzen und sonstigen Beschwerden.

Es entsteht nun meist eine wechselseitige Steigerung zwischen dem psychogenen Individuum und den Aeusserungen seiner Umgebung. Durch den lebhaften Ausdruck wird Sensation erregt, diese, wenn sie sich auf das Individuum zurückbezieht, steigert vermöge der erhöhten Beeinflussbarkeit desselben den inneren Zustand. Speciell bei psychogenen Schmerzen, wenn die Umgebung ihrem Mitleid die Zügel schiessen lässt, kommen sich dann diese Kranken sehr elend vor. Hieraus resultirt wiederum erhöhter Ausdruck, der seinerseits von neuem die äussere Sensation verstärkt; und so drehen sich die Dinge unter fortwährendem Anschwellen im Kreise, wenn nicht dieser Circulus vitiosus von innerer und äusserer „Sensation“ vom Zufall oder von einem sachverständigen Arzt, sehr oft auch von einem Quacksalber, durch Einfügung eines neuen bestimmenden Eindruckes unterbrochen wird, worauf wegen der grossen Beeinflussbarkeit dann eine förmliche „Wundercur“ erfolgt.

Durch die Beachtung, welche der erhöhte Ausdruck innerer Zustände in der Umgebung findet, wird nun secundär bei den psychogenen Naturen oft eine Eigenschaft grossgezogen, welche öfter fälschlich als wesentlicher, primär auftretender Charakterzug der „Hysterischen“ aufgefasst worden ist, nämlich die Einschränkung des Interesses auf die Zustände der eigenen Person. Sich beachtet zu sehen, ist bis auf wenige Ausnahmen ein allgemeiner Grundzug jeder menschlichen Natur. Die psychogenen Menschen werden nun aber notorisch von jeder nicht psychiatrisch gebildeten Umgebung wegen der Sensation erweckenden Art ihrer Aeusserung ausserordentlich beachtet, was naturnothwendiger Weise bei den Meisten zu einer Steigerung der Tendenz, sich beachtet zu sehen, führen muss. Es ist jedoch das durchaus kein integrirender und zwingend nothwendiger Zug des hysterischen Charakters. Es gibt hochgradig „hysterisch“ beanlagte Menschen, welche durchaus den Zug des Psychogenen in unserem Sinne zeigen, ohne zugleich in dieser Weise eine ausschliessliche Concentration des Interesses auf die eigene Person aufzuweisen.

Aus dieser in Folge der „Sensation“ grossgezüchteten Tendenz, sich in den Mittelpunkt der Umgebung zu bringen, resultiren nun alle die sonderbaren Handlungen der „Hysterischen“, die in der Criminalistik und in der Psychiatrie eine wiederum sensationelle Rolle spielen.

Für den praktischen Arzt kommen diese Zustände besonders deshalb in Betracht, weil die Neigung, Gegenstand sorgfältiger Beachtung und Behandlung von Seiten eines Arztes zu sein, eine relativ sehr häufige Abart dieses allgemeinen Zieles der hysterischen Naturen ist. Besonders kommt das bei weiblichen Patienten in Betracht. Dass die Hysterie oder Psychogenie bei Frauen häufiger ist als bei Männern, ist ganz selbstverständlich, nicht weil die Frauen einen Uterus haben und die Männer nicht, sondern weil die Frauen im allgemeinen psychisch leichter beeinflussbar sind als die Männer. Jedenfalls muss der praktische Arzt bei allen Beschwerden der Frauen vor allem das psychogene Moment mit im Auge behalten, wenn er auch andererseits nie die gründliche physikalische Untersuchung im weitesten Sinne vernachlässigen darf.

Wir heben hier einige Fälle von solchen hysterischen Handlungen, welche das Interesse des Arztes auf die betreffende Person lenken sollten, hervor: Selbstverletzung an der Haut durch Anätzung, Verletzung der Scheide mit der Scheere, um Uterinblutungen vorzutäuschen, langdauernde Nahrungsverweigerung etc.

Dieser Trieb, der Gegenstand von sorgfältiger Fürsorge, der Mittelpunkt eines grossen Interesses zu sein, bringt nun ferner oft Versuche zur Simulation hervor, so dass absichtlich zu den wirklich vorhandenen Beschwerden noch Krankheitssymptome hinzusimulirt werden. Es ist jedoch ganz falsch, aus der Thatsache, dass jemand Krankheitssymptome simulirt, zu schliessen, dass ihm in Wirklichkeit gar nichts fehlt. Dieser Umstand ist besonders bei der Beurtheilung von den Klagen, welche nach Unfällen vorgebracht werden, sehr zu beachten.

Nach dieser Schilderung des psychogenen Grundcharakters müssen wir das Krankheitsbild nach der neurologischen Seite abzugrenzen suchen. Ebenso wie in psychologischer Beziehung der Begriff der Hysterie starke Umwandlungen erfahren hat und schliesslich so erweitert worden ist, dass er ganz verschiedenartige Geisteszustände umfasst, so ist auch in Bezug auf die nervösen Symptome eine fortschreitende Verwirrung entstanden, indem das Wort „hysterisch“ auf physiologisch ganz verschiedene Erscheinungen angewendet worden ist.

Die Ursache hierzu liegt in der ausserordentlichen Häufung von Beobachtungen. Die Symptomatologie der Hysterie wurde besonders durch französische Forscher so erweitert, dass es kaum mehr möglich erscheint, für dieses fortschreitend ausgedehnte und umgestaltete Gebiet eine klare Definition beizubringen.

Dazu kam noch ein sehr verwirrendes Moment. Je mehr die Lehre von der Hysterie ausgebaut wurde, desto mannigfacher wurden die Beziehungen dieser Krankheitsform zu anderen Krankheitsbildern, desto zahlreicher wurden besonders die symptomatischen Uebergänge in das Gebiet der organischen Krankheiten. Je mehr man wissenschaftlich das klinische Bild der Hysterie durch neue Symptome bereicherte, desto schwieriger wurde es, nun im einzelnen Falle einen Complex von Symptomen als hysterisch zu bezeichnen oder aus ihm einen Theil als hysterisch herauszulösen.

Auch in der neurologischen Richtung kann nur eine Beschränkung auf diejenigen nervösen Erscheinungen, welche als Begleiterscheinung oder Folge der geschilderten psychogenen Beschaffenheit auftreten, zu einer klinischen Verständigung führen.

Wir verstehen also im Folgenden unter Psychogenie eine Psychoneurose, welche functionelle Reiz- und Lähmungserscheinungen in sensiblen und motorischen Gebieten aufweist, und sich dabei in psychischer Richtung durch die abnorm starke Beeinflussbarkeit sowie die Wirkung, welche Vorstellungen beziehungsweise cerebrale Reize auf objective Vorgänge des gesammten Körpers ausüben, kennzeichnet. Ohne dieses psychogene Moment ist für mich der Begriff der Hysterie nicht erfüllt, speciell spielt bei der Diagnose der hysterischen Krampferscheinungen der psychomotorische Charakter der betreffenden Bewegungen die wesentliche Rolle. Andererseits gehört zu der Diagnose der Psychogenie in unserem Sinne der Nachweis von nervösen Reiz- oder Ausschaltungserscheinungen im sensiblen oder motorischen Gebiet.

Das Auftreten von solchen nervösen Erscheinungen giebt oft Veranlassung zur Verwechselung mit organischen Erkrankungen, besonders solchen des Nervensystems. Besonders gilt dies für die bei Psychogenie häufigen Schmerzanfälle in den verschiedensten Gebieten. Andererseits können psychogene Schmerzen an bestimmten Körperstellen fälschlicherweise als „Einbildung" aufgefasst werden.

Aus diesen Betrachtungen entspringen zwei für den praktischen Arzt ausserordentlich wichtige Regeln:

I. Es ist falsch, aus dem Vorhandensein von localisirten Beschwerden sicher auf das Vorhandensein von localisirten Organerkrankungen zu schliessen.

II. Es ist falsch, aus der Abwesenheit eines objectiven Befundes auf das Nichtvorhandensein von Beschwerden zu schliessen. Dieser Satz kommt besonders in Betracht, wenn Beschwerden geklagt werden, während sich objectiv nichts findet. Es darf nie in solchen Fällen ohne weiteres Simulation angenommen werden. Dies ist eine der wichtigsten Regeln für die Begutachtung von Unfallskranken und darf von keinem Arzt, welcher auf wissenschaftliche Bildung und Humanität Anspruch erheben will, ausser Acht gelassen werden.

Der erste Satz, welcher den Schluss vom Vorhandensein localisirter Beschwerden auf das Vorhandensein localisirter Organerkrankungen verwirft, ist besonders wichtig in Bezug auf Beurtheilung von Magen- und Unterleibsleiden. Diese localisirten Schmerzen werden dann gewöhnlich als Folge von Organerkrankungen betrachtet und an Stelle, dass z. B. solche in die Uterusgegend localisirte Schmerzen in ihrer psychogenen Natur erkannt werden, erörtert man die Frage der Ovariotomie oder kratzt den Uterus aus.

Ebenso können durch Nichtbeachtung dieses Satzes in der Behandlung von „Magenkranken" grosse Fehler gemacht werden. Manche als „Magengeschwür" aufgefasste Fälle gehören in das Gebiet dieser psychogenen localisirten Schmerzen, welche jeder praktische Arzt kennen muss.

Die Diagnose solcher Zustände von Schmerzhaftigkeit bei bestehender Psychogenie beruht wesentlich auf dem Ausschluss aller derjenigen das Nervensystem betreffenden Krankheiten, welche sonst Schmerzen hervorrufen können. Es muss zuerst immer gefragt werden, ob den geklagten Schmerzen die Erkrankung eines bestimmten peripherischen Nerven zu grunde liegen kann, ferner, wenn es sich um die Extremitäten handelt,

ob von einer bestimmten Stelle im weiteren centralen Verlauf der Nerven, z. B. im Plexus, die Beschwerden ausgehen können, schliesslich ob die Annahme einer Rückenmarksläsion eine Erklärung bietet. Die Annahme der cerebral (im anatomischen Sinne) bedingten Schmerzen kann der Psychiater bei der grossen Seltenheit dieser Fälle füglich bei Seite lassen. — Im Uebrigen aber kann man in wissenschaftlicher Weise die Diagnose auf die psychogene Beschaffenheit von Schmerzen nur stellen, wenn man die Möglichkeit einer localisirten Nervenerkrankung erst sorgfältig erwogen hat. Hier zeigt sich wieder, wie reine Nervenpathologie und Psychiatrie in dem modernen Sinne, wie sie durch die Aufgaben des praktischen Arztes verlangt werden, zusammenhängen. — Dasselbe gilt für die psychogenen Innervationsstörungen, welche mit den psychogenen Schmerzen häufig combinirt vorkommen.

Die Krämpfe und Contracturen, welche hierbei auftreten können, zeigen das Charakteristicum des willkürlich Nachzuahmenden. Die Stellungen, in denen psychogene Contracturen vorkommen, sind gewissermaassen fixirte Momente einer willkürlichen Bewegung. Jedenfalls thut man aber gut, dieses Charakteristicum nicht ohne weitere Prüfung der speciellen Symptome als Maassstab an ein Krankheitsbild anzulegen, sondern muss in jedem einzelnen Fall, genau wie in Bezug auf die psychogenen Schmerzen, versuchen, die Phänomene aus der Verletzung einer bestimmten Stelle des Nervensystems abzuleiten. Man muss also auch hier, ganz pedantisch von der Peripherie ausgehend, successive die Annahmen einer peripherischen Nervenstörung, einer Rückenmarksaffection etc. erörtern. Nur bei consequenter Einhaltung dieses Weges wird sich der Praktiker vor Fehldiagnosen schützen können.

Ich gebe nun zunächst zwei Beispiele, in denen sich mit den psychogenen Schmerzzuständen Krämpfe und Contracturen von gleicher Beschaffenheit verbunden gezeigt haben.

I. Fall. 6½ jähriger Knabe, von chirurgischer Seite zur Begutachtung gesandt. Das Kind hat seit circa 3 Wochen Schmerzen am Kopf, schlief öfter unruhig. Seit circa 14 Tagen ist er abends im Bett sehr unruhig, stöhnte dann, schlug mit den Armen um sich, schrie nach der Grossmutter, welche ihn jedesmal eine halbe Stunde beruhigen musste, worauf er ruhig einschlief. Seit circa 8 Tagen haben sich diese Aufregungen zu förmlichen „Anfällen“ gesteigert. Er schreit jeden Abend ziemlich um die gleiche Zeit plötzlich laut auf, wälzt sich herum, strampft mit den Füssen. Urin hat er nie dabei unter sich gelassen. Am Tage oder Nachts im Schlafe sind „Anfälle“ nie aufgetreten. Bei der Untersuchung zeigte sich ein für sein Alter fast abnorm entwickelter, sehr intelligenter Knabe. Am Hinterkopf links befindet sich eine circa 3 Cm. lange Schädeldepression, ziemlich sicher von einem Geburtstrauma herrührend. Keine Spur von Innervationsstörungen, Augenhintergrund normal. Ueber die Anfälle giebt das Kind wenig Auskunft, weiss aber zum mindesten, dass es viel dabei schreien muss und dass dann die Grossmutter kommt.

Es musste nun zunächst im vorliegenden Falle erwogen werden, ob die anatomisch nachweisbare Verletzung des Schädels in einem Causalzusammmenhang mit den „Anfällen“ des Kindes stehe, d. h. also ob diese als symptomatische Epilepsie bei einer bestehenden organischen Gehirnerkrankung aufgefasst werden konnten. Es fehlten jedoch alle cerebralen Herdsymptome und ausserdem wäre es sehr unwahrscheinlich, dass eine solche durch partielle Hirnzerstörung bedingte symptomatische Epilepsie

erst 6 Jahre nach der erlittenen Verletzung aufgetreten wäre. — Wir machen hierbei die nicht zutreffende Annahme, dass wenigstens symptomatisch die betreffenden Anfälle mit dem Bilde des Typisch-Epileptischen vereinbar gewesen wären.

Ferner konnte, nachdem die Annahme einer organisch bedingten Epilepsie ausgeschaltet war, die Möglichkeit der genuinen Epilepsie in Betracht gezogen werden. Das Alter würde zu dieser Annahme ganz gut stimmen. Man könnte annehmen, dass in diesem Falle die genuine Epilepsie nicht mit typischen Krampfanfällen einsetzte, sondern mit Zuständen von Halbbewusstsein. Die Thatsache, dass das Kind noch Einiges von dem Zustand während des Anfalles wusste, kann nach den oben beim Capitel Epilepsie gegebenen Ausführungen nicht als beweisend gegen die Annahme der genuinen Epilepsie in Betracht kommen.

Wenn man sich jedoch die sogenannten Anfälle genauer ansieht, so zeigt sich, dass sie durchaus einen psychogenen Charakter haben. Alle im speciellen Fall gemachten Bewegungen lassen sich nachahmen, können willkürlich hervorgebracht werden.

Ferner zeigen sie alle einen gemeinsamen Zug dadurch, dass sie sich immer in derselben bestimmten Situation ereignen (abends im Bett), wodurch auch eine chronologische Uebereinstimmung bedingt ist. Wer hier ohne Betrachtung der näheren Umstände die blosse Thatsache der zeitlichen Regelmässigkeit in Betracht zieht, würde in einer wenig haltbaren Weise von Periodicität reden. Aber auch wenn eine zeitliche Uebereinstimmung ohne Rücksicht auf die Situation vorläge, so würde diese nicht gut zur Annahme einer genuinen Epilepsie, deren einzelne Anfälle fast ganz ohne Rücksicht auf Tageszeit und Situation auftreten, stimmen.

Am meisten Beachtung verdient der Umstand, dass die Anfälle in einer Situation auftreten, wo sie die Aufmerksamkeit der Umgebung auf sich ziehen müssen, ferner dass jeder einzelne Anfall in einen gesunden Schlaf übergeht, nachdem die Grossmutter eine Weile tröstend am Bett gesessen hat. Sie sind also in ganz deutlicher Weise beeinflussbar.

Im Hinblick auf diese Züge der „Krämpfe“ wurde ihre psychogene Natur angenommen. Der Knabe wurde einmal elektrisirt (Inductionsstrom), es wurde ihm eindringlich gesagt, dass die Krankheit nun vorbei sei. Er wurde in ein Krankenzimmer mit anderen Patienten ohne dauernde Nachtwache untergebracht. Im Laufe von 8 Tagen kein Anfall. Er wurde von seinen psychogenen Krämpfen geheilt nach Hause geschickt, wo er sich 1893 seit einem Jahr ohne Spur von Krampferscheinungen befand.

Der zweite Fall, welcher die Combination von psychogenen Schmerzen mit Contracturen gleicher Natur erläutern soll, ist folgender:

II. Fall. 19jährige Frau, seit circa 4 Monaten verheiratet. Von einem praktischen Arzt mit der Diagnose Rückenmarkskrankheit zugewiesen. Seit circa zwei Monaten Schmerzen in beiden Schultern bis herab zum Unterarm. Seit circa sechs Wochen haben sich die Finger der rechten Hand eingezogen, stehen in allen Gelenken etwas gebeugt, können activ fast gar nicht, passiv wegen Muskelspannung nur mit grossen Schmerzen gestreckt werden. In geringerem Grade ist die Erscheinung auch links vorhanden. Die Hände und der Unterarm blauroth. Wenn die Frau zu arbeiten versucht, so bekommt sie sehr starke Schmerzen in den Händen.

Abends oft ganz plötzliche Anschwellung der Hand am Handrücken und des Unterarmes.

Sie ist unglücklich über ihren Zustand, der sie an der Versorgung ihres Hauswesens fast ganz hindert.

Es fragte sich nun zunächst, ob eine organische Erkrankung als Ursache der Störung angenommen werden konnte. Zunächst kam man hierbei auf das Rückenmark als Vereinigung der Nerven beider Seiten. Aber selbst wenn die Erscheinung nur einseitig gewesen wäre, hätte man die Annahme einer peripherischen Nervenerkrankung ausschliessen müssen. Die geschilderte Haltung der Finger kommt dadurch zustande, dass Interossei, Flexoren und Extensoren coordinirt wirken, kann also niemals durch isolirte Reizung oder Lähmung eines der zugehörigen Nerven (ulnaris, medianus, radialis) zustande kommen. Scheut man sich vor der zeitraubenden Analyse solcher Haltungen oder Stellungen, so ist das Charakteristicum der Nachahmlichkeit im gegebenen Falle sehr gut benützbar, um die bestehende Contractur als eine psychogene zu erkennen.

Ferner konnten die gleichzeitigen Schmerzen in den Schultern durchaus nicht auf eine bestimmte, die motorischen Symptome zugleich erklärende anatomische Erkrankung des Nervensystems, speciell des Rückenmarkes, bezogen werden. Sodann fiel auf der grosse Wechsel in der Intensität der Erscheinungen, besonders der Hautschwellungen. Es wurde also trotz der Aehnlichkeit einzelner Theile des Krankheitsbildes mit anderweitig bekannten Krankheiten (z. B. Erythromelalgie) die Diagnose auf psychogene Beschaffenheit der Symptome gestellt.

Die spastischen Finger wurden unter warmem Wasser — bei gewöhnlicher Dehnung schrie die Kranke laut auf — vorsichtig gedehnt und es wurde die Kranke zum willkürlichen Gebrauch der Finger angeregt. Nach fünfwöchentlicher consequenter Behandlung vollkommene Heilung, auch von den Schmerzen. Längere Zeit ganz frei von nervösen Störungen. Allerdings ist Recidiv in anderer Form nicht ausgeschlossen.

Dieser Krankheitsverlauf ist besonders in der Beziehung bemerkenswerth, dass dabei zwei Symptome aufgetreten sind, welche sich nicht willkürlich nachmachen lassen, nämlich abnorme venöse Stauung in der Haut und schnell wechselnde Oedeme.

Verallgemeinert lautet der hieraus abgezogene Satz folgendermaassen: Im Verlaufe von psychogenen Störungen können Nervenapparate, welche ohne Mitwirkung des Bewusstseins arbeiten, functionell geschädigt werden. Nun hat sich gezeigt, dass diese functionelle Schädigung keine dauernde und gleichbleibende war, sondern in ihrem Grade wechselte und schliesslich ganz verschwand. Verallgemeinert lautet dieser Satz folgendermaassen: Die im Verlaufe von psychogenen Zuständen auftretenden Störungen an Nervenapparaten, welche gewöhnlich ohne Mitwirkung des Bewusstseins arbeiten, zeigen doch das Charakteristicum der psychischen Beeinflussbarkeit. Nun kann es kein Zweifel sein, dass durch starke seelische Erregungen, z. B. bei heftigem Schrecken, Störungen in den vom Bewusstsein unabhängigen Nervenapparaten entstehen können, welche nach ihrer Entstehung durchaus nicht mehr den Charakter des psychisch Beeinflussbaren zeigen, sondern eine dauernde gleichbleibende, wenn auch nicht anatomisch nachweisbare Schädigung der Nervensubstanz bedeuten. Diese Fälle werden meistens auch noch mit in das Gebiet der „Hysterie" gerechnet, sind jedoch von den uns hier beschäftigenden psychogenen Zuständen im engeren

Sinne entschieden zu trennen. Letztere gehören mehr in das Gebiet der reinen Psychopathologie, erstere mehr ins Gebiet der reinen Neurologie. Jene sind eigentlich dauernde gleichbleibende Folgezustände von psychischen Erregungen, diese mehr wechselnde körperliche Begleiterscheinungen von psychischen Zuständen. Jedenfalls haben wir hier in dieser psychiatrischen Diagnostik hauptsächlich diejenigen Zustände hervorzuheben, in welchen der psychopathische Charakter klar zu Tage tritt.

Zu den Störungen der vom Bewusstsein unabhängigen Mechanismen des Nervensystems bei weiterer Ausbildung der psychogenen Zustände gehört nun die grosse Menge von Einzelsymptomen, mit welchen man öfter vergeblich eine Schilderung der sogenannten „Hysterie“ zu geben versucht: Monoplegieen, Aphonie, Augenmuskellähmungen, Meteorismus, Oedeme, Gefässerweiterung, Blutungen aus Haut und Schleimhäuten, Störungen der Schweissabsonderung, ferner krampfartige Erscheinungen, wie Singultus, Erbrechen, Spasmus des Sphincter vesicae etc. Besonders können nun auch im sensiblen und sensorischen Gebiet functionelle Ausschaltungen auftreten, gewissermaassen eine functionelle Dissolution des cerebralen Mechanismus. Hierher gehören die Hemianästhesieen, Ohnmachtsanfälle, Sehstörungen u. s. f.

Das gleichzeitige Bestehen von nervösen Reiz- oder Ausschaltungserscheinungen im sensiblen und motorischen Gebiet ist nun praktisch sehr wichtig, um bei stärkeren Aufregungszuständen, welche eine länger dauernde Geisteskrankheit vortäuschen können, die relativ sehr günstige Prognose auf Psychogenie stellen zu können.

Als Beispiel mag folgende Krankengeschichte dienen:

C. A. E. aus K., geboren 1875, im Jahre 1889, also im 14. Jahr, in die Klinik aufgenommen. Befindet sich dabei in schwerer Tobsucht, schlägt um sich, wälzt sich, brüllt sehr stark, schreit oft die Worte: „Rabe“ und „Vetsera“. Dabei ist die linke Hand fast zur Faust geballt, eine Stellung, die constant beibehalten wird.

Hier konnte nun aus dem Status praesens, selbst wenn gar keine anamnestischen Daten vorgelegen hätten, die Diagnose auf Psychogenie ziemlich sicher gestellt werden. Lassen wir zunächst den sonderbaren Inhalt ihres Geschreies „Rabe“ und „Vetsera“ ganz ausser Betracht. Wir werden bald zeigen, dass derselbe zu dem sogenannten „hysterischen“ Charakter sehr gut passt. Die Thatsache allein, dass die Kranke eine Contractur bot, welche den Stempel des Psychogenen so deutlich an sich trug, musste in diesem Fall den scheinbar maniakalischen Zustand in das richtige Licht setzen. Es wurde auch dementsprechend ein vorübergehender psychogener Anfall angenommen, was sich durch Anamnese und den weiteren Verlauf bestätigte.

Die Anamnese bietet eine Reihe charakteristischer Züge:

Patientin war früher normal, hatte aber manchmal „Gesichtskrämpfe“. Näheres darüber nicht zu ermitteln. Menstruirt war sie noch nicht. Dreiviertel Jahr vor der Aufnahme „Magenkatarrh“ Oft wurden leicht verdauliche Speisen unmittelbar nach der Mahlzeit ohne jede vorangehende Uebelkeit wieder erbrochen. Ein Vierteljahr später wurde der Gang träge und schleppend. Patientin brach Alles aus bis auf die Abendmahlzeiten. 4 Monate vor der Aufnahme klonische Krämpfe der linken Seite, die sich von dort auf die übrige Körpermusculatur verbreiteten, und bei denen der Körper manchmal fusshoch im Bett in die Höhe geschleudert wurde. Am 28. März trat plötzlich tiefe Bewusstseinsstörung auf, Patientin erkannte die Umgebung nicht mehr, wurde noch manchmal von den Krämpfen befallen,

lag jedoch in den Zwischenpausen vollständig apathisch da, liess Stuhl und Urin ins Bett gehen, verweigerte constant die Nahrung, so dass sie wochenlang durch Klysma genährt wurde. Dann traten öfter ganz plötzliche kurze Schreie auf, sie klagte über Schmerzen im Kopf, sprach fortwährend von Zerbrochensein ihres Gehirns. Dann bekam sie ängstliche Delirien. Patientin bat jeden, der ans Bett trat, sie nicht zu fressen, behauptete, immer schwarze Ratten zu sehen etc. Dieser Zustand dauerte bis gegen Ende April. Dann zeigte sie plötzlich wieder starken Appetit, sie consumirte nun unglaubliche Quantitäten von Esswaaren, z. B. an einem Tage 16 Eier, 25 Aepfel u. s. f. Dabei blieb sie aber immer noch halb apathisch, schien alle Personen, welche an ihr Bett traten, für Thiere zu halten, wenigstens belegte sie dieselben mit Thiernamen. Manchmal schrie sie tagelang. Dann wieder klonische Krämpfe der linken Seite.

Die ganze Summe von Symptomen mit ihrem häufigen Wechsel und ihrer Zusammenhangslosigkeit bei völliger Abwesenheit von Symptomen einer organischen Gehirnerkrankung ist charakteristisch für die reine Psychogenie.

Ueber den Verlauf der Erkrankung liegt eine bis in die neuere Zeit reichende Beobachtungsreihe vor.

Am 17. Juli, also 2 Tage nach der Aufnahme, hat sich der Zustand in folgender Weise geändert: Patientin sitzt meist unbeweglich auf dem Stuhl, spricht nichts, isst, was ihr vorgesetzt wird. Linke Hand krampfhaft geballt, linker Fuss in Pes varus-Stellung. Sie zieht das linke Bein beim Gehen nach.

20. Juli: Beginnt deutlicher zu antworten, geht besser, Haltung der linken Hand unverändert.

15. August (also circa einen Monat nach der Aufnahme): Seit circa 14 Tagen allmähliche Besserung ihres psychischen Zustandes. Heute ödematöse Schwellung des Gesichtes, besonders der Oberlippe, was sie früher nach ihrer Angabe schon öfter gehabt hat.

25. August. Bis auf die Krallenstellung der linken Hand ganz normal.

Die Kranke hat dann in der Anstalt noch einen zweiten psychogenen Anfall bekommen, wurde darauf geheilt entlassen. Allerdings war die Contractur geblieben. Zweite Aufnahme nach zwei Jahren auf Wunsch des Vaters zum Zwecke der Hypnose, in welcher die immer noch bestehende Contractur der linken Hand gelöst werden sollte. Bei dem ersten vorsichtigen Versuch der Hypnose starke Erregung. Deshalb wurde der Versuch abgebrochen und einfaches Abwarten empfohlen. Im Juli 1893 hat sich die Contractur von selbst gelöst.

In dieser Krankengeschichte tritt als charakteristisch hervor, welchen grossen Einfluss bei solchen „hysterischen" Zuständen oft ein plötzlicher Wechsel des Aufenthaltsortes auf die Kranken ausübt. Ferner zeigt sich darin, wie diese Krankheitszustände gerade durch die Aufmerksamkeit, welche ihnen in der Familie geschenkt wird, und durch die Sorgfalt, welche ärztlicherseits auf Grund der falschen Annahme einer organischen Krankheit darauf verwendet wird, geradezu grossgezüchtet werden. Die Ursache beider Erscheinungen ist die grosse Beeinflussbarkeit, welche den charakteristischen Grundzug aller dieser sogenannten hysterischen Charaktere bildet. Ich schliesse alle diejenigen psychopathischen Zustände, welche diesen Zug nicht zeigen, aus der uns jetzt beschäftigenden Betrachtung völlig aus, selbst wenn sie bisher mit zu den hysterischen Zuständen gerechnet worden sind.

Ebenso wie bei Erregungszuständen kann auch bei anderen Formen geistiger Störung die Beachtung von gleichzeitig vorhandenen Reiz- und Lähmungserscheinungen functioneller Art

den Ausschlag für die Auffassung jener als psychogener Erkrankungen geben. Besonders trifft dies für die Depressionszustände zu, welche sich öfter auf psychogener Basis entwickeln.

Allerdings muss hierbei die Differentialdiagnose zwischen Epilepsie und Hysterie im Auge behalten werden, da auch bei Epilepsie wenigstens motorische Reizerscheinungen (Steigerung der Kniephänomene, Fussclonus, Tremor der Hände, Zuckungen u. s. f.) oft vorkommen, während andererseits sensible Ausfallserscheinungen dabei sehr selten sind.

Vor allem ist eine scharfe Trennung in Bezug auf das Verhältnis der Epilepsie und Hysterie nothwendig, wenn diese beiden Krankheiten auch klinisch eine Menge von ähnlichen Symptomen haben können. Nach unserer Auffassung sind Epilepsie und Hysterie trotz dieser Berührungspunkte im Grunde völlig verschieden. Die Epilepsie, soweit sie sich nicht schon jetzt als symptomatisch erwiesen hat, d. h. also die genuine Epilepsie, ist eine sich den „Krankheiten mit materieller Veränderung der Substanz“ nähernde, wahrscheinlich auf einer chronischen Autoïntoxication beruhende Erkrankung: — die „Hysterie“ ist eine pathologische Steigerung der normaler Weise bei jedem Menschen vorhandenen Beeinflussbarkeit mit daraus resultirenden functionellen Störungen der nervösen Mechanismen. Eine Hystero-Epilepsie als gesonderte Krankheit giebt es nicht.

Es kommen einerseits Fälle von genuiner Epilepsie vor, bei denen einzelne Anfälle, welche ja ohne völligen Bewusstseinsverlust und mit partiellen Muskelkrämpfen einhergehen können, symptomatisch vollkommen den Charakter von psychogenen Krämpfen an sich haben. Zweitens kommen bei Hysterischen Zustände vor, welche mit ihrer Halbbenommenheit und den starken Hallucinationen ganz den Eindruck von epileptischen Aequivalenten machen, sowie solche, bei denen schwerere Bewusstseinsstörung mit Zuckungen den Eindruck eines typischen epileptischen Anfalles erweckt. Aber trotz dieser symptomatischen Aehnlichkeit darf Epilepsie und Hysterie als Krankheitsbegriff ebensowenig vermischt werden, wie etwa Gehirnblutung und Tumor cerebri, obgleich sie in bestimmten Stadien des Krankheitsverlaufes symptomatisch ein sehr ähnliches Bild zeigen können.

Nun kommt jedoch noch ein dritter Fall vor, aus dessen mehrfacher Beobachtung die ganz unhaltbare Krankheitseinheit „Hysteroëpilepsie“ entstanden ist, nämlich, dass ein notorisch Epileptischer nebenbei hysterisch wird.

Wer die vielen Fälle von organischen Erkrankungen kennt, deren Bild durch hinzutretende Hysterie fast verdeckt wird, wer andererseits das Wesen dieser in der pathologisch gesteigerten Beeinflussbarkeit sieht, wird sich gar nicht wundern, dass in verhältnismässig häufigen Fällen zu der genuinen Epilepsie, welche die Aufmerksamkeit der sensationslustigen Mitmenschen im höchsten Grade auf sich zieht, durch psychische Vermittlung Hysterie hinzutritt. Der Einwand, dass die Epileptischen das Bewusstsein verlieren, während sie durch ihre Anfälle die Sensation ihrer Mitmenschen erregen, so dass ein psychischer Einfluss durch die letzteren nicht möglich sei, ist nicht stichhaltig.

Fast immer sind die Epileptischen, wenn sie aus tieferer Ohnmacht erwachen, Gegenstand der sorgfältigsten Aufmerksamkeit. Sie fühlen sich

im höchsten Grade beachtet und bemitleidet, und wenn sie zur Psychogenie beanlagt sind, was bei enorm vielen Menschen der Fall ist, so kann sich unter dem öfteren Eindruck einer sensationell erregten Umgebung bei einem genuin Epileptischen hinterher eine schwere Hysterie entwickeln. Besonders häufig geschieht das, wenn solche Menschen in eine übertrieben sentimentale Aufsicht gebracht werden, ohne dass der Geist der Epileptischen durch Arbeit von der Beschäftigung mit dem eigenen Leiden abgelenkt wird. Ich kenne mehrere Fälle, in denen Menschen, die notorisch einfache genuine Epilepsie seit langer Zeit hatten, durch eine zudringlich sorgsame Behandlung schwere „hysterische“ Zustände dazu bekommen haben, die vollkommen den Beschreibungen der sogenannten „Hysteroepilepsie“ gleichen. Ja es giebt sogar Epileptische, welche durch solche ungeschickte Bemitleidung „Hysteroepileptische“ geworden sind und später wieder das Bild der einfachen Epilepsie boten, wenn man sie durch Arbeit und verständige Behandlung von dem hysterischen Plus ihrer epileptischen Grundkrankheit befreit hatte.

Viertens ist a priori auch folgender Fall denkbar, dass ein frühzeitig hysterisch gewordenes Individuum eine echte schwere Epilepsie bekommt, die es auch bekommen hätte, wenn es nicht vorher hysterisch gewesen wäre. Fälle, welche sich in dieser Weise auffassen liessen, habe ich jedoch in praxi nicht erlebt, ich zweifle aber nicht, dass etwas Derartiges in glaubhafter Weise beschrieben werden könnte.

Nur muss man sich nicht vorstellen, wie es häufig geschieht (z. B. bei der Myoklonie), dass gewissermaassen eine Stufenfolge von einer Krankheit zur anderen führt, so dass die folgende Epilepsie gewissermaassen ein Entwickelungsstadium der anfänglichen Hysterie wäre. Vielmehr verhält sich die Sache so, als wenn ein Mensch, der längst die Tuberculose hat, plötzlich die genuine Pneumonie bekommt, die symptomatisch gewissermaassen eine Steigerung von längst vorhandenen Lungenbeschwerden bedeutet. Ebensowenig als jemand behaupten kann, dass die lobäre Pneumonie eines längst Tuberculösen die Steigerung seiner Tuberculose ist, ebensowenig kann man in jenem hypothetischen Fall die hereinbrechende Epilepsie als Stadium der längst bestandenen Hysterie ansehen.

Die Fälle von Hysteroëpilepsie sind also in vier Kategorieen aufzulösen:

I. Epilepsie, welche symptomatisch der schweren Form der Psychogenie ähnlich sieht.

II. Hysterie, welche symptomatisch der genuinen Epilepsie ähnlich sieht.

III. Epilepsie, zu welcher Hysterie hinzugetreten ist (erklärliche Complication).

IV. Hysterie, zu welcher Epilepsie hinzugekommen ist (rein zufällige Coïncidenz).

Wenn zu einer Epilepsie auf Grund übertriebener Beachtung Hysterie hinzutritt, so ist ein viel engerer Zusammenhang gegeben, als wenn zur Hysterie sich Epilepsie gesellt. Der erstere Fall ist ähnlich als wenn z. B. zu einer Affection des Kehldeckels Schluckpneumonie hinzutritt, wo ebenfalls ein nicht nothwendiger, aber als möglich vorauszusagender Zusammenhang vorliegt. Der letztere Fall jedoch ist gerade so, als wenn ein Mensch, der ein Magengeschwür hat, plötzlich eine Schädelverletzung bekommt, d. h. es liegt rein zufällige Coïncidenz vor.

Ich theile nun zunächst mit Bezug auf die erste Kategorie einen Krankheitsfall mit, welcher ohne Zweifel als genuine Epilepsie aufzufassen ist, bei dem aber die einzelnen Anfälle Formen angenommen haben, welche eine Verwechselung mit Hysterie möglich erscheinen lassen. Es handelt sich um diejenige Form epileptischer Anfälle, bei welcher nicht nur das Bewusstsein bis zu einem gewissen Grade erhalten bleibt, sondern auch die Krampferscheinungen durchaus nicht allgemein, sondern partiell sind, so dass die psychogene Natur der Krämpfe symptomatisch wahrscheinlich werden könnte.

C. D. aus S., Candidat der Theologie, aufgenommen am 27. Mai 1891, im Alter von 23 Jahren. Ein Onkel mütterlicherseits epileptisch, ein Kind eines anderen Bruders der Mutter ebenfalls epileptisch. Eine Cousine der Mutter epileptisch.

Im 13. Jahre öfters Zucken in der rechten Hand, besonders beim Halten von Büchern. Dann kamen nachts Anfälle von Krämpfen, von denen das Kind am nächsten Morgen nichts wusste. Bei den Krämpfen liess er meist das Wasser unter sich, schlug mit der rechten Hand und dem rechten Bein. Die linke Seite soll ganz frei geblieben sein. Nach einem halben Jahre traten auch tags Anfälle auf. Vorher hatte er eigenthümliche Empfindungen in den Gliedern (Aura), hinterher wusste er nichts vom Anfalle (Amnesie). Die linke Seite blieb im Anfalle ganz frei. Im 14. Jahre hörte die Krankheit nach einem starken Blutverluste ganz auf. Erst im Sommer 1889 traten nachts wieder leichte Krampfanfälle, und zwar in der rechten Hand, verbunden mit tiefen krampfhaften Inspirationen auf. — Im Jahre 1891 begann Patient während seiner nächtlichen Anfälle laut zu rufen. Diese Anfälle wiederholten sich 4—5mal in der Woche, je einmal in der Nacht. Danach bestand ein anderer Typus der Anfälle. Durchschnittlich alle acht Tage einmal wurde Patient des Tags nach den krampfartigen Zuckungen im Arme unter krampfhaften Inspirationen am ganzen Körper steif. Während des Eintritts der allgemeinen Steifheit wurde er bewusstlos. Dieser Zustand dauerte dann meist 1 bis 1¼ Stunden, während deren sehr angestrengtes Athmen bestand; er ging allmählich in ruhigen Schlaf über.

Während der nächsten Wochen vermehrten sich die nächtlichen Anfälle auf 11—12 in jeder Nacht. Mitte Mai trat zum erstenmale ein Anfall während des Wachens am Tage auf. Seitdem steigerten sich die Anfälle bis zu 10 am Tage und 20 in der Nacht. Den Krampfanfällen während des Tages gehen ziehende Schmerzen in den fünf Fingern der rechten Hand, ausgenommen im Daumen, voraus. Dem folgen starke schleudernde Bewegungen des rechten Armes, während er gleichzeitig starke Schmerzen fühlt. Er giebt an, dass er während dieses Anfalles kein Bewusstsein von der Lage seines rechten Armes im Raume hat. Sinnesreize, z. B. Tasteindrücke, werden während des Anfalles geringer. Das Bewusstsein ist also nicht ganz entschwunden. Oefter hat er während dieser Anfälle eigenthümliche Vorstellungen, z. B. von Zahlen, die er an seiner rechten Seite in der Luft schwebend zu sehen meint. Sehr oft haben dieselben Beziehungen zu etwas vor dem Anfalle von ihm zufällig Gedachten.

Es ist ihm manchmal möglich, den Eintritt der Anfälle dadurch hinauszuschieben, dass er mit der rechten Hand willkürliche Bewegungen macht, sobald die oben erwähnten ziehenden Schmerzen eintreten.

Im Alkoholgenuss will er immer mässig gewesen sein und durchschnittlich nicht mehr als drei halbe Liter Bier am Tage getrunken haben.

Es wurden in der Anstalt eine ganze Reihe solcher Anfälle von Halbbewusstlosigkeit mit partiellen Muskelkrämpfen beobachtet, welche mit photographischer Genauigkeit immer dasselbe Bild boten. Mitten während des Gespräches wurde D. plötzlich geistesabwesend, stiess einen Schrei aus, das Gesicht wurde krampfhaft nach rechts verzogen, der rechte Arm hob sich, der Kopf

wurde nach rechts geneigt. Dabei konnte er oft noch im Stuhl sitzen, konnte aber nicht antworten. Nach mehreren Minuten wurde er wieder klarer, erinnerte sich oft dunkel an die Fragen, deren Sinn er jetzt erst begriff. D. zeigt die charakteristische Verblödung der frühzeitig an genuiner Epilepsie Erkrankten.

Die Anfälle zeigen eine völlige Stereotypie.

Hier kann nun nach der Entwickelung und dem Verlauf der Krankheit kein Zweifel sein, dass genuine Epilepsie vorliegt. Die nächtlichen Anfälle mit völliger Amnesie im Beginn der Erkrankung und die folgende Verblödung lassen keinen Irrthum aufkommen. Hier müssen in der That die symptomatisch fast psychogen aussehenden Krämpfe im Verlaufe der Erkrankung als „atypische“ Formen wirklicher epileptischer Anfälle aufgefasst werden.

Die zweite Kategorie (Hysterische, welche einen symptomatisch der Epilepsie ähnlichen Anfall haben) ist meistentheils aus der Anamnese leicht zu erkennen, weil die zufällige Complication einer längst bestehenden Hysterie mit ausbrechender Epilepsie sehr selten ist.

Ueber das Vorkommen von hallucinatorischen Erregungszuständen im Laufe der Psychogenie kann kein Zweifel sein.

Wir haben ferner ausgeführt, dass die abnorm lebhafte Reaction auf einen minimalen Eindruck mit zu den charakteristischen Zügen der psychogenen Naturen gehört. Es finden sozusagen auf diesem vulcanischen Boden plötzliche gewaltige Ausbrüche statt, welche aber nach kurzer Zeit wieder ganz verschwunden sein können. Hierher gehören die vorübergehenden Aufregungszustände, welche zum Theil eine grosse Aehnlichkeit mit epileptischer Tobsucht haben.

Ferner können plötzliche hallucinatorische Anfälle auf dieser psychogenen Basis zustande kommen, die, wie gesagt, den epileptischen Aequivalenten sehr ähnlich sehen.

Am wichtigsten für die scharfe Scheidung von Epilepsie und Hysterie, welche wir durchführen, ist der Nachweis, dass notorisch Epileptische allmählich „hysteroëpileptisch“ gemacht werden können und später wieder rein epileptisch werden.

R. M. aus Hassenbach, geboren 1871, aufgenommen 1. August 1891. Erster Anfall von Bewusstlosigkeit und Krämpfen im 11. Jahre in der Schule. Sie hatte zuerst nur einen Anfall, keine Häufung solcher, zuerst Pausen von mehreren Tagen zwischen den Anfällen, später manchmal ein Viertel Jahr lang Pause. Besuchte die Schule bis zum 13. Jahre. In der letzten Zeit öfter Anfälle, einmal war sie in der Kirche während des Anfalles, einmal fiel sie vom Kirschbaum herunter. Die Anfälle sind immer rasch vorüber, dauern circa 5 Minuten, worauf sie ihrer Beschäftigung nachgeht.

Fünf Tage nach der Aufnahme begann eine mehrtägige epileptische Periode, welche jedoch zum Theil im Gegensatz zu der Anamnese, die sicher auf genuine Epilepsie wies, einen psychogenen Charakter hatte. Sie hatte keine schweren allgemeinen Zuckungen, sondern zeigte ein andauerndes Zittern, besonders im linken Arm, und häufiges Zähneknirschen. Auf Anreden antwortete sie nicht, fixirte aber den Beobachter öfter, wenn man ihr die Augen öffnete. Dieser Zustand dauerte bis zum 11. August, also 6 Tage; sie wurde dann geistig freier und heiterer, konnte dabei den linken Arm, der heftig zitterte, nicht aufheben und klagte über Schmerzen in der Schulter. Während des Schlafens zuckte der Arm nicht.

Am 18. August Magenblutung. Fortwährendes Zittern am linken Arm.

Bis zum 30. August öfter Erbrechen und Magenschmerzen.

Am 17. September erneute Magenblutung.

20. September epileptischer Anfall mit schwerer Bewusstlosigkeit.

Bis 26. September fast jeden Tag ein epileptischer Anfall.

9. October. Das bisher fast ununterbrochene Zittern im linken Arm hat fast ganz aufgehört.

15. October. Schmerzen im ganzen Leib. Seit längerer Zeit keine Magensymptome mehr.

20. October. Klagen über Schmerzen im Hals. Aphonie. Nach laryngoskopischer Untersuchung kehrt die Stimme sofort wieder.

21. October 1891. Heftige Schmerzen im Hals, besonders beim Schlucken, ohne sichtbare Schwellung und Röthung.

26. October. Sehr missgelaunt. Klagen über allgemeine Schwäche und Gliederreissen. Heftige Anfälle, bei denen sie fortwährend laut schreit. Der ganze Körper wird geschüttelt. Bewusstlosigkeit ist nicht vorhanden.

6. November. Bis vor zwei Tagen heftige Anfälle mit lautem Schreien. Seitdem anfallsfrei und heiter.

14. November. Klagt über Zahnschmerzen an einem völlig intacten Zahn und will ihn ausgerissen haben.

20. November 1891. Seit 4 Tagen heftige Magenblutungen, dabei seit vorgestern Menstruation. Behauptet, sie habe seit 4 Wochen zum dritten Male die Periode.

25. November 1891. Wegen der Annahme eines Magengeschwüres in die medicinische Klinik. Trotz der massenhaften Blutungen hat sie vom 1. August bis 13. November 9 Kilo (von 53 auf 62) zugenommen.

In der inneren Klinik wurde ein Magengeschwür als Ursache der Blutung ausgeschlossen.

Am 5. December 1891 in die Klinik zurückgenommen, bekam sie am 26. December 1891 wieder Anfälle. Sie begann früh im Bett furchtbar zu schreien. Das Schreien geschah in einer viel tieferen Tonlage als früher, wo sie ein schrilles Pfeifen von sich gegeben hatte.

1. Januar 1892. Neue Blutung, diesmal aus dem Munde, von vornherein hellrothes, nicht coagulirtes Blut. Es wird eine blutig aussehende Stelle am Zahnfleisch gefunden.

5. Januar. In die Wachabtheilung zu einigen aufgeregten Kranken gelegt. Nach zwei Tagen völliges Wohlbefinden.

12. Januar 1892. Die Menses haben erwiesenermaassen 12 Tage gedauert.

18. Januar 1892. In den letzten Tagen sehr ungeberdig. Wirft sich wegen eines leichten Wortwechsels mit einer Kranken auf den Boden, stampft mit den Füssen. Sagt, es sei Niemandem an ihr gelegen, sie wolle in den Main springen. Dann wieder übertrieben lustig.

20. Januar 1892, früh 5 Uhr heftiger Krampfanfall mit Bewusstlosigkeit. Um $^{1}/_{4}$9 Uhr zweiter Anfall, in dem sie heftig schreit. Sie ist einige Minuten nach Beginn des Anfalles sicher nicht mehr bewusstlos und kann durch energisches Zureden dahin gebracht werden, dass sie nicht weiter schreit.

6. Februar 1892, nachts 4 Uhr, ein Anfall, bei dem sie aus dem Bett fiel. In der Haut der Oberschenkel und des Bauches blaurothe Streifen und Punkte (spontane Blutextravasate!). Ganz abnorme Fettleibigkeit trotz der Magenblutungen.

7. Februar. Gestern bei der klinischen Vorlesung entschieden „hysterischer“ Beginnt zu zittern, bekommt Schwindel, nimmt mitleiderweckende Stellungen ein. Eine Stunde darauf ein von starkem Schreien begleiteter Anfall, bei dem sie aus dem Bett fällt, ohne sich irgendwie zu verletzen.

4. April 1892. Manchmal gekreuztes Zittern im linken Arm und rechten Bein.

3. Mai. Oedem der linken zitternden Hand am Dorsum.

10. Juni. Ekzem der linken Hand.

22. Juni 1892. In den letzten Tagen an der rechten Wange eine völlig wie Erysipel aussehende Schwellung und Röthung der Haut. Kein Fieber.

23. Juni 1892. Symmetrisch unter beiden Augen Hautschwellung mit lebhafter Röthung.

28. Juni 1892. Konnte gestern die Augen nicht ordentlich öffnen.

13. Juli 1892. In der letzten Zeit immer Anfälle, wenn die Aerzte zur Visite kommen.

Ich breche hier die Krankengeschichte, welche eine völlige Sammlung von hysterischen Symptomen darstellt, ab. Die Kranke wurde im Juni 1893 ganz aus der Krankenstation entfernt, wurde vollkommen frei als Hausmädchen verwendet, scheinbar ohne dass sich jemand ärztlich um sie kümmerte. Seitdem hat sie sehr seltene schwerere epileptische Anfälle, welche rasch vorübergehen. Nur einmal musste sie wegen eines „Anfalles", bei dem sie sich im Abort eingeriegelt hatte, auf zwei Tage in die Krankenabtheilung zurückgenommen werden.

Bei dieser Kranken hat sich also nach mehreren Jahren einfacher genuiner Epilepsie eine Periode von „Hysteroëpilepsie" angeschlossen, nach welcher nun wieder das ursprüngliche Krankheitsbild hervorgetreten ist.

Fälle ad IV, in denen zu einer langbestehenden Hysterie eine typische Epilepsie mit folgender Verblödung hinzugetreten ist, sind mir nicht zur Beobachtung gekommen und auch in der Literatur finde ich keinen, welcher sich einwandfrei so auffassen liesse. Er ist jedoch theoretisch ebenso leicht denkbar, als wenn ein Mensch mit einer chronischen Nierenkrankheit einen Beinbruch erleidet, d. h. es handelt sich dann um eine rein zufällige Coïncidenz.

In diesen Beobachtungen tritt die grosse Bedeutung der accidentellen Psychogenie zutage. Fasst man, von den Betrachtungen über das Verhältnis von Epilepsie und Hysterie ausgehend, im allgemeinen die Beziehungen der Psychogenie zu anderen Krankheiten in das Auge, wobei wir fortwährend an die allerdings nur theoretisch zu trennenden zwei Gebiete der körperlichen und geistigen Krankheiten denken, so kann man das ganze Gebiet in folgende 4 grosse Gruppen eintheilen:

I. Vortäuschung von anderen Krankheiten durch Psychogenie;
II. Vortäuschung von Psychogenie durch andere Krankheiten;
III. Hinzutreten von anderen Krankheiten zur Psychogenie;
IV. Hinzutreten von Psychogenie zu anderen Krankheiten.

Ich will nun diese vier Möglichkeiten mit Beispielen belegen und besonders das praktisch wichtige Capitel der accidentellen Psychogenie, welches der vierten der obengenannten Gruppen entspricht, genauer ausführen.

Bei I., der Vortäuschung von anderen Krankheiten durch Psychogenie, kommt vor allem eine Gruppe von „hysterischen" Symptomen in Betracht, nämlich die Schmerzen in isolirten Gebieten speciell bei Berührung und Druck auf objectiv normale Organe. Die Vortäuschung von pleuritischen Reizerscheinungen, Gallensteinkoliken, Magenkrankheiten, von Rheumatismen, ferner auch von organischen Nervenkrankheiten ist eine oft beobachtete klinische Thatsache. Als Curiosum mag erwähnt werden, dass z. B. auch der Typus der organischen Rückenmarks- und Gehirnkrankheiten: die progressive Paralyse gelegentlich durch Hysterie vorgetäuscht werden kann, wenn diese mit Steigerung der Kniephänomene, Pupillendifferenz, neuralgischen Schmerzen, Gedächtnisstörungen, Epilepsie-

ähnlichen Anfällen und dysarthrischer Sprachstörung auftritt. Ebenso können durch hysterische Erregungszustände eine Reihe von Krankheitsbildern aus dem Gebiet der functionellen Psychosen zur Erscheinung gebracht werden, vor allem Manie, Katatonie und Epilepsie. Meistens sind psychologische Kriterien für die Differentialdiagnose vorhanden, in Bezug auf Manie das Fehlen der raschen associativen Weiterbildung von Vorstellungen, in Bezug auf die Katatonie das Fehlen von Stereotypie, kataleptischen Erscheinungen und Negativismus, in Bezug auf Epilepsie das Fehlen von Verwirrtheit. In manchen Fällen wird aber die Diagnose bei der grossen klinischen Aehnlichkeit der Bilder sehr schwer sein.

In Bezug auf den II. Punkt, Vortäuschung von Psychogenie durch andere Krankheiten, mache ich besonders auf die ganz unbestimmten nervösen Symptome aufmerksam, mit denen Autoïntoxicationskrankheiten und chronische Kachexieen sehr oft beginnen. In einer ganzen Reihe von Fällen zeigen sich solche lange als Hysterie behandelte Zustände im Grunde durch beginnenden Diabetes, chronische Nephritis, Krebskachexie u. s. f. bedingt. Auch Gallensteinkrankheiten können im Anfang scheinbar hysterische Krankheitsbilder darstellen. Bemerkenswerth ist, dass sich diese Gruppe von Pseudohysterie häufig durch eingestreute melancholische Phasen auszeichnet. Im Hinblick hierauf muss auch leichten Symptomen in der körperlichen Sphäre, z. B. periodischem Icterus bei Coïncidenz mit scheinbar hysterischen Symptomen, eine grosse Beachtung geschenkt werden, weil man dadurch oft wichtige diagnostische und therapeutische Fingerzeige erhält. Ferner mache ich aufmerksam, dass manchmal Kleinhirntumoren, während sie noch keine Staunngspapille bedingen, abgesehen von dem vieldeutigen Symptom des Kopfschmerzes, gelegentlich transitorische Reiz- und Lähmungserscheinungen speciell von der Medulla oblongata aus bedingen, die sich von hysterischen schwer unterscheiden lassen und eine gute Prognose veranlassen, während gelegentlich unter rascher Zunahme der eindeutigen Symptome von Tumor cerebri in kurzer Zeit der Exitus letalis eintritt.

Ad III. kenne ich aus Erfahrung nur wenige Beispiele, die mir aber tiefen Eindruck gemacht haben, weil sie anfängliche Fehldiagnosen bedeuten.

Frau von circa 50 Jahren. Seit langen Jahren anerkannte Hysterica mit häufigen und wechselnden Schmerzen in den Gliedern und im Rücken. Dabei starke Beeinflussbarkeit. Seit circa ½ Jahr Unfähigkeit zu gehen, mit heftigeren Schmerzen am Kreuzbein und in den Beinen, dadurch bedingt starke Schlaflosigkeit, weinerliche Erregung. Der mich consultierende Arzt, der die Patientin seit lange kannte, hatte unter der Annahme der Hysterie Hypnose angewandt, worauf mehrfach Schmerzlosigkeit und ruhiger Schlaf eingetreten war. Die genaueste objective Untersuchung ergiebt nur eine auffallende Schlaffheit der Musculatur an den Beinen und dabei ein auffallend schnellendes Kniephänomen. Jedenfalls liess sich ein beweisendes Symptom organischer Krankheit nicht finden.

Die von mir in Uebereinstimmung mit dem ärztlichen Collegen gemachte Annahme schwerer Hysterie erwies sich als falsch, indem immer deutlicher die Symptome eines Tumors der Lendenwirbelsäule auftraten, der zum Tode führte.

Hier ist offenbar zu einer alten Hysterie ohne jeden Zusammenhang damit eine organische Krankheit hinzugetreten, deren erste Symptome sich so wenig von hysterischen unterschieden, dass der ganze Zustand auf das frühere Conto der Hysterie gesetzt wurde.

Während die ad III gestreifte Möglichkeit, dass zu einer notorischen Hysterie eine andere Krankheit hinzutritt, der Diagnose die grössten Schwierigkeiten macht und die unangenehmsten Ueberraschungen bedingen kann, ist IV. die zu einer erkannten organischen oder functionellen Krankheit hinzutretende (accidentelle) Psychogenie relativ leichter zu diagnosticiren und bietet ein vorzügliches therapeutisches Object dar. Leider wird dabei praktisch oft aus einem generellen Grunde die Diagnose verfehlt: Wir sind geneigt, wenn wir bei einer organischen Krankheit eine Reihe von Nervensymptomen finden, diese auf das objective Moment als causa sufficiens zurückzuführen und demgemäss in den meisten Fällen als unabänderliche Aeusserung der organischen Krankheit zu betrachten. Wir wenden dabei die aus der physiologischen Localisationslehre gewonnenen Begriffe in erweiterter Form auf die Analyse von Krankheitsbildern an und übersehen dabei die praktisch ungemein wichtige Thatsache der accidentellen Hysterie, die in den meisten Fällen von organischer, speciell Nervenkrankheit vorhanden ist.

Das ist nun der Punkt, den ich durch eine Reihe von klinischen Bildern genauer illustriren möchte.

Um ganz inductiv vorzugehen, gebe ich zunächst einige Beobachtungen, in denen zu einem lange bestehenden objectiven Zustand sich psychogene Beschwerden hinzugesellt haben.

I. 11 jähriger Knabe. Von chirurgischer Seite an mich gewiesen mit der Frage, ob ein traumatisch bedingtes, eventuell operables Gehirnleiden vorliege. Der Knabe klagt seit 4 Wochen über starke Kopfschmerzen an einer Narbe, die er am Hinterkopf hat, ferner über Schwindel. Schläft schlecht, sieht matt aus.

Es zeigte sich bei der Untersuchung an der linken Seite des Hinterkopfes eine circa $3\frac{1}{2}$ Cm. lange, 2 Mm. breite Narbe, die über der Unterlage verschieblich ist. Der Knochen darunter ohne jede Spur von Abnormität (speciell ohne Hyperostose oder Depression).

Die der Narbe entsprechende Wunde war im fünften Lebensjahr durch einen Fall gegen eine scharfe Kante entstanden, also 6 Jahre vor Eintritt der Beschwerden. Es fragte sich nun zunächst, ob vielleicht eine Verletzung der inneren Glastafel des Schädels mit Einwirkung auf die darunter befindliche Hirnsubstanz bezw. die Hirnhäute oder eine unmittelbare Schädigung der Hirnsubstanz durch das Trauma entstanden war, oder ob hinterher sich ein pathologischer Process an dieser Stelle entwickelt hatte. Abgesehen von der Länge der Zwischenzeit fehlten jedoch alle Symptome, welche auf ein organisches Hirnleiden deuten konnten (Herdsymptome, Stauungspapille). Ebensowenig war der Zustand der Narbe so, dass er das Auftreten von localisirten Schmerzen an dieser Stelle hätte rechtfertigen können.

Es lag sonach die Thatsache vor, dass 6 Jahre nach Erleiden einer Verletzung die getroffene Stelle als höchst schmerzhaft empfunden wird, ohne dass eine mechanische Ursache zu dieser Schmerzhaftigkeit vorhanden wäre. Es wird also hier auf rein psychogenem Wege die Vorstellung von der Stelle einer Verletzung mit einer Schmerzempfindung vergesellschaftet.

In der Annahme, dass es sich um einen psychogenen Zustand handelte, wurde von jeder operativen Behandlung (Narbenexcision etc.) dringend abgerathen.

Allerdings ist eine mechanische Behandlung solcher psychogen schmerzhafter Körperstellen oft das beste Mittel, um Vorstellungen zu erregen, welche ihrerseits die psychogenen Schmerzen wieder beseitigen. Von diesen mechanischen, aber psychisch wirkenden Agentien sind Massage und Elektricität die besten. In der That haben sich bei dem eben besprochenen Knaben die Beschwerden nach einer 14 Tage lang durchgeführten Massage der in mechanischer Beziehung durchaus nicht pathogenen Narbe vollständig verloren. Er sieht jetzt wieder blühend aus, schläft gut, ist heiter und frei von allen Kopfbeschwerden seit einem Jahre.

Nachdem wir oben die psychogene Entstehung des Zustandes betont haben, müssen wir im Hinblick auf den Verlauf als zweites Charakteristicum die Beeinflussbarkeit durch Vorstellungen, welche im speciellen Fall durch ein mechanisches Hilfsmittel erregt waren, hervorheben.

II. Beobachtung. 14jähriger Knabe, ebenfalls von chirurgischer Seite zur Begutachtung gesandt.

Seit 3 Wochen heftige Schmerzen an der Stirn, besonders an der Stelle, wo sich eine alte Narbe befindet. Unruhiges, heftiges Wesen, sehr wechselnde Stimmung, schwankender Gang.

Es zeigte sich eine 2 Cm. lange, $^1/_4$ Cm. breite Narbe an der rechten Stirnseite, auf der Unterlage verschieblich. Darunter der Knochen etwas verdickt. Es waren keinerlei Symptome vorhanden, die ein organisches Gehirnleiden beweisen konnten. Während der Gang ein sonderbares Schwanken zeigte, war bei genauerer Untersuchung keine Spur von Ataxie vorhanden.

Ebenso war in der Beschaffenheit der Narbe kein Grund zu der Schmerzhaftigkeit vorhanden. Dieselbe war im 9. Jahr, also 5 Jahre vor Ausbruch der Krankheit, entstanden.

Es wurde die psychogene Natur der Beschwerden angenommen und eine entsprechende Therapie eingeschlagen. Der Knabe wurde mit dem galvanischen Apparat ohne Strom behandelt, wobei die eine Elektrode auf die Stelle der Schmerzhaftigkeit aufgesetzt wurde. Nach 10 Tagen vollkommenes Verschwinden der Symptome.

Hier ist nun vor allem hervorzuheben, dass — abgesehen von der localisirten Schmerzempfindung ohne mechanischen Grund — noch eine Anzahl anderer psychischer Symptome aufgetreten waren, welche den Angehörigen als eine krankhafte Veränderung aufgefallen waren, nämlich ein unruhiges, heftiges Wesen mit sehr wechselnder Stimmung. Die an einen früher notorisch verletzten Theil localisirte Schmerzempfindung wird hier gewissermaassen von einer Hülle anderer psychischer Symptome eingewickelt.

Ferner hat sich ein Symptom gezeigt, welches auf den ersten Anblick den Eindruck einer durch wirkliche Nervenerkrankung bedingten Erscheinung macht: nämlich das Schwanken. Diese scheinbare Aehnlichkeit wurde jedoch bei genauerer Untersuchung als gegenstandslos erkannt, weil in Wirklichkeit keine Ataxie der Beine vorhanden war. Im Zusammenhang mit den anderen Symptomen, denen allen eine mechanische Grundlage mangelte, muss also auch dieses Symptom als psychogen aufgefasst werden, wenn es auch fast unmöglich ist, sich vorzustellen, in welcher Weise oder durch welchen psychischen Mechanismus dieses Symptom bei solchen psychogenen Zuständen zustande kommen kann.

III. Beobachtung. 24jähriges Mädchen, bekam in ihrem 17. Lebensjahr beim Passiren einer Brücke abends plötzlich von einem Rowdy einen Messerstich in die rechte Stirnseite, war nach einer Reihe von Tagen wieder völlig

geheilt. Arbeitete wieder als Büglerin. Seit mehreren Wochen heftige Kopfschmerzen in der rechten Stirnseite, Mattigkeit, Schlafsucht, Aengstlichkeit. Kommt selbst zum Nervenarzt, weil sie meint, es sei ein Nerv verletzt.

Bei der Untersuchung zeigt sich über der äusseren Seite des Arcus superciliaris rechts an der Stirn eine unregelmässig gestaltete Narbe.

Diese ist verschieblich. Der Knochen ist intact.

Symptome einer Hirnerkrankung sind nicht vorhanden.

Ebensowenig konnte an eine peripherische Nervenverletzung gedacht werden. Es wurde daher die psychogene Natur der Schmerzen angenommen und die anderen Symptome, Mattigkeit, Aengstlichkeit, Schlafsucht als Begleiterscheinungen davon aufgefasst.

Unter Anwendung von einer spirituösen Einreibung erfolgte, ohne dass die Kranke sich mehr als zweimal ihrem Arzt vorstellte, Heilung.

Diese Beobachtungen stimmen überraschend überein:

1. Alle drei Kranken hatten eine Verletzung erlitten mit sichtbaren und fühlbaren Folgen an ihrem Körper.
2. Alle drei Kranken hatten jahrelang an den betroffenen Stellen keine Beschwerden.
3. Bei allen drei Kranken stellten sich nach mehreren Jahren Beschwerden ein, welche sich auf die betroffene Körperstelle bezogen, ohne dass der Zustand der mechanisch früher geschädigten Stellen zur Erklärung der Symptome ausgereicht hätte.
4. Bei allen drei Kranken war der Zustand durch Vorstellungen beeinflussbar, welche durch Anwendung mechanischer Mittel erweckt wurden (Massage, Elektricität, Einreibung).
5. Bei allen drei Kranken zeigten sich, abgesehen von den psychogenen Schmerzen, noch andere psychische Symptome (Schwindel, aufgeregtes Wesen, Mattigkeit, Aengstlichkeit u. s. f.), welche unter derselben Behandlung schwanden.

In diesem Moment der accidentellen Hysterie liegt nun m. E. die Erklärung für die unbestreitbaren Heilerfolge, welche von Quacksalbern, d. h. ohne Diagnose nach einem bestimmten Schema curirenden Heilkünstlern unstreitig auch bei organischen Krankheiten erzielt worden sind. Während wir unter falscher Anwendung physiologischer Grundbegriffe die sämmtlichen Beschwerden z. B. eines Tabikers aus der Vernichtung bestimmter Nervenpartieen herleiten und dadurch häufig zu einem praktischen Nihilismus diesen Krankheiten gegenüber kommen, curirt der diagnosenlose Stümper die Krankheit mit mechanischen Methoden, welche ihrer Art nach gar keinen mechanischen Einfluss auf das Rückenmark haben können, sondern nur indirect psychomotorisch durch die Vorstellung ihrer Heilkraft die hysterischen Accidentien der organischen Grundkrankheit beseitigen können. Es handelt sich darum, diesem Moment der accidentellen Psychogenie praktisch gerecht zu werden.

Während in den obigen Fällen die Schmerzen an der betroffenen Stelle erst eine Reihe von Jahren nachher aufgetreten sind, kommt es häufig vor, dass die Beschwerden sich unmittelbar nach einem Trauma einstellen, ohne dass sie aus den objectiven Folgen des Traumas erklärt werden können. Diese Zustände hat man unter dem Sammelnamen der traumatischen Neurosen mit inbegriffen. Wir lassen

jedoch hier in dieser psychiatrischen Diagnostik die theoretische Differenzirung dieser Zustände ganz beiseite und erörtern nur das davon, was sich mit unserem Begriff der Psychogenie deckt. Da nun abgesehen von dem psychischen Moment des Schreckens, der besonders bei stark beeinflussbaren Naturen sehr in Betracht zu ziehen ist, ein Trauma häufig zugleich mechanische Wirkungen hat, welche ihrerseits Schädigungen und Verletzungen der Nervensubstanz verursachen können, so zeigen sich oft nach Traumen sehr complicirte Krankheitsbilder, auf deren Analyse es gerade in der Praxis ankommt.

Während es in anderen Theilen der Psychiatrie, z. B. in Bezug auf die Geistesstörungen bei progressiver Paralyse, vollkommen thöricht wäre, Combinationen von Krankheiten anzunehmen, indem man z. B. eine Tobsucht im Beginn einer progressiven Tabesparalyse als zufällige Coïncidenz einer lange bestehenden Tabes mit einer functionellen Geistesstörung auffasste, — muss entschieden in Bezug auf die nach Trauma auftretenden Nervenkrankheiten der Gesichtspunkt der Combination verschiedener Arten von Nervenkrankheiten festgehalten werden.

Die psychogenen Zustände nach Trauma sind also oft nur Theilerscheinungen des Gesammtkrankheitsbildes, welches durch das Trauma zustande kommt. In Gutachten kommt es zunächst darauf an, diesen Theil der Beschwerden von den durch die objectiven Folgen der Verletzung bedingten herauszulösen.

Bei allen diesen Unfallsnervenkrankheiten muss der Praktiker in folgender Weise vorgehen: Zuerst ist festzustellen, ob von der traumatischen Einwirkung objectiv nachweisbare Spuren zurückgeblieben sind. Dann ist im Anschluss hieran zu erörtern, ob infolge des Unfalls Nervenapparate mechanisch verletzt sein können. Drittens ist zu überlegen, ob die geklagten subjectiven Beschwerden ganz oder zum Theil von der eventuellen mechanischen Schädigung der Nervensubstanz abhängen. Viertens ist, wenn ein Rest von subjectiven Beschwerden vorliegt, welcher sich nicht aus der Verletzung der Nervensubstanz erklärt, zu fragen, ob ein psychogener Zustand in unserem Sinne — oder Simulation vorhanden ist.

Dabei ist vor allem festzuhalten, dass in diesem Gebiet die accidentelle Psychogenie im Anschluss an die objectiven Wirkungen des Unfalles häufig eine wesentliche Bedeutung hat.

Es ist ausgeführt worden, dass die psychogenen Schmerzen oft als Theilerscheinung complicirter Nervenerkrankungen nach Unfällen vorkommen. Ebenso summiren sich, wie schon angedeutet, sehr häufig psychogene Zustände mit den durch nichttraumatische organische Erkrankung direct veranlassten Nervensymptomen. Hier gilt derselbe Satz, den ich oben in Bezug auf die psychogenen Schmerzen betont habe, dass man nämlich aus dem Vorhandensein dieser nie ohne weiteres auf das Nichtvorhandensein einer organischen Erkrankung schliessen soll. Die Nichtbeachtung dieses Satzes kann zu fatalen Kunstfehlern führen, indem man dadurch verleitet wird, Menschen mit organischen Erkrankungen als blosse Hysterische in incitirender Weise zu behandeln. Sehr lehrreich ist folgender mir bekannter Fall:

Mädchen von 20 Jahren. Früher notorisch wegen tuberculöser Knochenaffection chirurgisch behandelt. Seit einem Jahre „hysterische“ Symptome. Besonders klagte sie über heftige Schmerzen beim Gehen, welche von mehreren Aerzten

für hysterisch erklärt wurden. Bei genauerer Untersuchung zeigt sich, abgesehen von den wechselnden Schmerzen an den Beinen, eine constant schmerzhafte Stelle am oberen Theil des rechten Schienbeines. Bei der Incision, welche daraufhin gemacht wurde, zeigte sich ein tuberculöser Herd an der betreffenden Stelle.

Hier hatten die hysterischen Symptome die durch organische Erkrankung bedingte Schmerzhaftigkeit so eingehüllt, dass eine schwere tuberculöse Knochenerkrankung von specialistischer Seite einfach übersehen worden war.

Aehnlich ist es bei organischen Erkrankungen der Nervensubstanz selbst, Tumor cerebri, multiple Sklerose, wo ebenfalls durch das Auftreten accidenteller Psychogenie das Bild der reinen Hysterie vorgetäuscht wird, wenn man nicht aufs Sorgfältigste die vorhandenen Nervensymptome abwägt. Wir müssen hier verzichten, dieses sehr wichtige Thema weiter auszuführen, weil wir dabei zu sehr über die Grenzen einer reinen psychiatrischen Diagnostik hinausgehen würden, und wollen nur nochmals dem praktischen Arzt ans Herz legen, bei allen scheinbar hysterischen Kranken eine sehr sorgfältige physikalische Untersuchung speciell auf Nervensymptome, welche eine organische Erkrankung verrathen könnten, vorzunehmen.

Dagegen müssen wir noch diejenigen Fälle erwähnen, in denen zu einem bestehenden psychopathischen Zustand sich Züge von Psychogenie gesellen, welche der Grundzeichnung der Krankheit eine „hysterische“ Färbung geben. Man muss dabei immer sorgfältig erwägen, was denn das Wesentliche der Krankheit ist, und darf durchaus nicht alle Zustände, welche einige Anklänge an die Psychogenie haben, „hysterisch“ nennen.

Ebenso wie mit dem Begriff Hysteroëpilepsie verhält es sich mit dem der hysterischen Verrücktheit. Wenn man Verrücktheit hier nicht in dem ganz verwaschenen Sinn des Irreseins überhaupt versteht, sondern in dem der Paranoia, so ist der Ausdruck hysterische Verrücktheit geradezu eine Contradictio in adjecto, ein völliger Widerspruch der beiden darin enthaltenen Momente.

Gerade hier zeigt sich die Nothwendigkeit, den Begriff der Hysterie aufzulösen, um eindeutige Diagnosen stellen zu können. Wenn man als Wesentliches der Hysterie die abnorm gesteigerte Beeinflussbarkeit und die psychogene Beschaffenheit der damit verknüpften Nervenstörungen auffasst, wenn man andererseits unter Paranoia einen mehr oder minder systematisirten Zusammenhang von constant festgehaltenen Wahnideen versteht, so ist klar, dass es eine hysterische Paranoia ebenso wenig geben kann, als man von hölzernem Eisen reden darf. Nun ist es aber eine alte Thatsache, dass bei vielen Paranoïschen die Urtheilsfähigkeit, abgesehen von dem constant festgehaltenen Wahn, sehr lange ganz erhalten bleibt, dass dieselben ferner für viele Eindrücke, welche keinen Zusammenhang mit dem Wahngebäude bieten, im höchsten Grade wie jeder Normale empfänglich und beeinflussbar sind. Es ist also gar nicht ausgeschlossen, dass sich, abgesehen von dem fixirten Wahngebäude, eine Steigerung der Beeinflussbarkeit vorfindet, welche dem Krankheitsbilde einige „hysterische“ Züge beimengt. Man muss aber solche Fälle nach der Grundkrankheit, nicht nach der indifferenten Beimengung bezeichnen.

Oefter ist sogar der Ausdruck „hysterische Verrücktheit“ schon auf Fälle angewendet worden, in welchen die Paranoia sich zufällig auf sexuelle

Dinge bezieht, wobei dann der Begriff Hysterie in seiner populären Bedeutung wieder erscheint.

Sehr lehrreich in dieser Beziehung ist eine Krankengeschichte der psychiatrischen Klinik in Würzburg, in welcher die Diagnose auf „Hysterie" gestellt war, während ich diese Kategorie auf Grund der obigen Ausführungen durch „Paranoia" ersetzen möchte.

C. W. aus Kl., geboren 1847, aufgenommen 13. April 1890, also im 43. Jahre. Ueber Heredität nichts zu ermitteln. War immer übertrieben religiös, arbeitete nichts mehr, beschäftigte sich meist mit Beten. Sie war stets leicht erregbar, streitsüchtig und eigensinnig. Seit dem Tode ihrer Mutter (Ende Januar) war sie „tiefsinnig", verkehrte fast mit niemandem, schloss sich in ihr Zimmer ein. Seit acht Tagen erregt, hat religiöse Wahnideen, spricht viel von der Hölle, sah häufig den Teufel vor sich stehen in verschiedenen Gestalten, bald als schwarzen Mann, bald als Pudel, behauptete, der Teufel stecke in ihr, verlangte, man solle ihr den Bauch aufschneiden und den Teufel herausnehmen. In den letzten Tagen steigerte sich die Aufgeregtheit hochgradig, Patientin schlief wenig, ging ruhelos jammernd umher.

Bei der Aufnahme aufgeregt, zerschlug ein Fenster, wollte mit Gewalt wieder fort. Sie beruhigte sich allmählich, blieb im Bett, erklärte, sie sei nicht geisteskrank, dagegen fehle es ihr im Leibe, „es wimmele und heere in ihr". Sie ist in geringem Grade deprimirt, spricht viel von ihren Sünden und der Hölle.

15. April 1891. Aeussert viel weniger melancholische Ideen, als vielmehr solche hypochondrischen Inhaltes. „Sie könne es vor Schmerz im Magen nicht aushalten, es sei ihr, als ob ein Hase darin herumspränge."

17. April. Patientin ist viel ruhiger. Sie will beständig untersucht sein, ist sexuell erregt.

20. April. Völlig ruhig, in gleichmässig heiterer Gemüthsverfassung, hält an ihrem Wahn fest, es stecke etwas in ihrem Leibe und kein Mensch könne ihr helfen.

25. April. Wieder aufgeregt, weint und jammert, sie behauptet, der Teufel käme nachts zu ihr, lege sich auf sie, „wolle sie d'ran kriegen". Sie sieht ihn bald als Pudel, bald als schwarzen Mann, behauptet, er stecke in ihrem Leibe, will einen Geistlichen haben, dass er ihn austreibe.

26. April. Wieder ruhig und heiter, will nachts einen Stecken mit ins Bett nehmen, um den Teufel damit fortzujagen. Behauptet fest, es stecke etwas in ihrem Leibe, zapple und springe darin herum.

1. Mai. Häufiger Stimmungswechsel. Eine Menge hypochondrischer Beschwerden: behauptet nächtliche Besuche vom Teufel.

4. Mai. Wieder beruhigt, macht Spaziergänge.

5. Mai. Von der Gemeinde, welcher der dringende Rath gegeben wird, sie in die Kreisanstalt zu bringen, nach Hause geholt.

Fragen wir nun, was in diesem Falle die Veranlassung gegeben hat, die Diagnose auf Hysterie zu stellen, so sind es drei Momente: 1. der lebhafte Stimmungswechsel von ruhiger Heiterkeit zu schwerer ängstlicher Erregung; 2. der vorwiegend sexuelle Charakter ihrer Hallucinationen: 3. der übertriebene, abenteuerliche Ausdruck ihrer Empfindungen (es ist ihr z. B., als ob ein Hase im Magen herumspränge). Nichtsdestoweniger ist klar, dass in diesem Falle trotz dieser hysterischen Züge ein constant festgehaltener hypochondrischer Wahn vorgelegen hat, welcher sich toto genere von der Beeinflussbarkeit der Hysterie unterscheidet. Dieser Unterschied kann nun praktisch von grosser Bedeutung werden, weil man bei der Diagnose auf hypochondrische Paranoia einen weiteren Anstaltsaufenthalt noch viel dringender empfehlen wird als bei der Diagnose

Hysterie. Denn es gehört viel mehr zum Wesen der wirklichen Paranoia als zu dem der Hysterie, dass sie zu Handlungen führt, welche für das Individuum und seine Umgebung verderblich werden können. Leider liegt es ja allerdings sehr oft nicht in der Macht des Irrenarztes, eine consequente Anstaltsverpflegung eines derartigen Kranken bei den betreffenden Gemeinden durchzusetzen. Jedenfalls war auch im vorliegenden Falle trotz der Diagnose auf Hysterie wahrscheinlich im Hinblick auf die fester sitzenden hypochondrischen Ideen, welche wir jetzt als das Wesentliche des Falles auffassen, der Gemeinde eine fernere Verpflegung der Kranken in der Kreisanstalt empfohlen worden. W. ist jedoch, da sie nicht namhaft geisteskrank mehr war, bald von der Gemeinde fortgelassen worden. Sie ist später in Frankfurt am Main im zoologischen Garten nackt in den Zwinger eines Bären gestiegen und hat sich von dem Thiere zerfleischen lassen. —

Es muss also auch im Gebiet der psychopathischen Krankheitsformen zwischen den hysterischen Beimengungen und der eigentlichen Grundkrankheit ebenso scharf unterschieden werden, als wenn man z. B. einen Symptomencomplex vor sich hat, in welchem sich die Zeichen einer multiplen Sklerose mit hysterischen Nebenzügen zu einer scheinbaren klinischen Einheit verbinden.

Die Zwangsvorstellungen.

Unter Hinweis auf die in der allgemeinen Diagnostik (Seite 123—127) gegebenen Ausführungen über den Begriff des Zwanges in der Psychopathologie verstehen wir hier unter „Zwangsvorstellungen“ im engeren Sinne ausschliesslich diejenigen Zustände, bei denen bestimmte Gedanken, Gefühle oder Antriebe mit dem quälenden Bewusstsein des Fremden und Zwingenden auftreten. Es muss im Einzelnen beachtet werden, in welchem Verhältnis diese Vorgänge zu der Gesammtpersönlichkeit und zur socialen Umgebung stehen. Die Diagnose wird besonders dadurch erschwert, dass öfter das Bewusstsein des Fremdartigen für kurze oder längere Zeit völlig verloren geht, wodurch diese Zustände eine klinische Aehnlichkeit mit paranoïschen, hysterischen oder katatonischen Erkrankungen bekommen können.

Wir stellen zunächst die Fälle, in denen ein subjectives Leiden vorliegt, in den Vordergrund und wollen hierbei im Hinblick auf die nothwendige pathogenetische Auffassung der psychopathischen Zustände besonders die Beziehungen zur Melancholie, welche symptomatisch manchmal den Zwangszuständen sehr ähnlich sehen kann, hervortreten lassen.

Ich theile nun einen Fall von Zwangsvorstellungen mit, in welchem die auftauchenden Gedankenreihen als etwas Quälendes empfunden werden und dabei in ihren socialen Consequenzen störend sind, wenn die betreffende Kranke auch nie criminell geworden ist.

B. G. aus Lengfeld, geboren 1852, Taglöhnersfrau, aufgenommen am 27. Juni 1891 im 39. Jahre. Die Mutter war lange geisteskrank, eine Schwester hat *Morvan*sche Krankheit. B. G. war früher immer normal. Sie hat zwei Kinder von 7 und 2 Jahren.

„Vor einiger Zeit ist es ihr eines Tages hinten in den Kopf gefahren.“ Seitdem muss sie fortwährend „simuliren“ Sie fühlt sich dadurch beängstigt. Oft

merkt sie, dass sie zwangsmässig etwas denken muss; z. B. bei dem Anblick eines Crucifixes muss sie inwendig sagen: „Luder.“ Nachher empfindet sie Gewissensbisse über diese Sünde.

Im vorigen Jahre wollte sie immer in den Weinberg gehen, auch wenn sie es nicht nöthig hatte. Sie fühlte sich „hingedrängt“, konnte sich nicht zurückhalten, lief aus der Familie fort, vernachlässigte dabei ihre Kinder arg. War dann wieder traurig, weil sie fortgelaufen war. — Wenn sie einen Pfarrer sieht, spricht es in ihr „Teufel“. Sie hält das für Anfechtungen und fühlt sich aufgeregt und beängstigt, weil sie öfter „denken“ muss. Sie erklärt, dass es in der letzten Zeit besser gegangen sei, sie wolle aber ganz gesund werden. Schon am nächsten Tage nach der Aufnahme will sie wieder austreten, nicht weil sie etwas auszusetzen hat, sondern weil sie „keine Ruhe“ mehr hat. Sie will wieder ihren Haushalt versehen. Nach drei Tagen wird sie von dem Gedanken gequält, dass es schon längst mit ihr besser wäre, wenn sie schon früher hergekommen wäre. Auch dieser an sich vielleicht richtige Gedanke quält sie durch seine beständige Wiederholung. Am 5. Februar, also nach 10 Tagen, entlassen. Sie kam am 25. Februar freiwillig wieder in die Anstalt. Gleich am folgenden Tage, nachdem sie aus der Anstalt entlassen war, hat sie fortwährend denken müssen, „sie hätte eher in die Anstalt gehen sollen“ Sie meint, sie könnte die Kinder nicht mehr so schön besorgen wie früher. Sie frägt, ob sie nicht eine Kopfverletzung habe. Möglicherweise sei sie gehirnkrank. Dieser Gedanke kommt ihr oft wieder, obgleich sie eigentlich der gegentheiligen Versicherung glaubt. Manchmal hat sie den zwingenden Gedanken, dass sie nicht weiter gehen könne. Besonders wenn sie in die Kirche gehen will, kann sie manchmal keinen Schritt mehr weiter machen und muss fortbleiben. Die Kranke wurde bald wieder beruhigt entlassen. Sie kam noch mehrmals in einem symptomatisch ganz agitirt-melancholischen Zustand in die Klinik und ging dann nach mehreren Stunden wieder getröstet von dannen. Die Schwester giebt an, dass sie für ihre Familie fast unerträglich ist, weil sie manchmal scheinbar unmotivirt jammernd aus dem Hause läuft, erst spät wiederkommt, die Kinder vernachlässigt, dass sie den Haushalt herunterbringt, weil sie bei dem besten Willen zur Arbeit öfter von ihren Zwangstrieben befallen wird.

Hier ist es nur ein kleiner Ausschnitt der socialen Gemeinschaft, welcher durch die aus den Zwangstrieben resultirenden Handlungen geschädigt und gestört wird, nämlich die Familie, immerhin ist der Fall ein Beispiel für diejenige Gruppe von Zwangsvorstellungen, welche subjectiv und social störend sind.

In dieser Krankengeschichte tritt nun ferner eine sonderbare Unentschiedenheit, ein fortwährender Wechsel der Entschliessungen hervor. Dieser Zug kommt nun auch isolirt als Unterart des Zwangsdenkens, gewöhnlich als Folie du doute (Zweifelsucht) bezeichnet, vor.

Vor allem bemerkenswerth in dieser Krankengeschichte ist noch die lebhafte Gefühlsreaction, welche die Kranke auf ihre Zwangsvorstellungen zeigt. Es verstärkt sich dabei gegenseitig das Gefühl von dem zwingenden Auftreten dieser Gedanken und die Gefühlsreaction auf den blossen Inhalt der Zwangsvorstellungen. Besonders wenn die zwangsmässig ausgelösten Gedanken und Worte zu dem sonstigen geistigen Inhalt der Person in einem starken Widerspruch stehen, so kommen manchmal anhaltende Gemüthsreactionen zustande, welche dem Bilde der Melancholie zum Verwechseln ähnlich sehen, während sie pathogenetisch durchaus verschieden zu sein scheinen. Bei einer genauen Analyse der Fälle, welche als „Melancholie mit Zwangsvorstellungen“ bezeichnet werden, kommt man dazu, einen grossen Theil davon pathogenetisch als Zwangsvorstellungen mit lebhafter Gemüthsreaction aufzufassen.

Ich führe noch kurz einen Fall an, welcher in Bezug auf die Priorität der Zwangsgedanken vor der melancholischen Verstimmung einwandfrei zu sein scheint.

K. W. aus R., Bauersfrau, aufgenommen am 17. October 1887 im Alter von 37 Jahren. Geisteskrankheit in der Familie nicht nachzuweisen. Sie hatte schon im Alter von 22 Jahren sechs Monate lang und im Alter von 35 Jahren sechs Wochen lang „tolle Gedanken", war nicht in einer Anstalt. Seit einiger Zeit Vernachlässigung des Haushaltes, sie kocht nichts mehr, will immer aus dem Hause laufen, vernachlässigt die Kinder. Raufte sich oft die Haare aus und jammerte, dass sie nicht selig werden könne, da sie so dumme Gedanken gegen die Reinlichkeit habe. Auch vom Herrgott denkt sie Unreines. Seit 5 Wochen nachts unruhig, jammerte, dass sie verloren sei. Zeigt grosse Angst, isst zeitweise nichts. Vor acht Tagen wollte sie sich im Garten vergraben. Wenige Tage darauf weinte sie in der Kirche laut auf.

Bei der Aufnahme kommen ihre Zwangsvorstellungen als Ursache ihrer Gemüthserregungen klar zutage. Sie giebt an, dass sie bei jedem Menschen, den sie gesehen habe (männlich oder weiblich), habe denken müssen, die Geschlechtstheile müssten ihn am Gehen hindern; dann habe sie gedacht, sie käme deshalb nicht in den Himmel. Ferner habe sie auch den dummen Gedanken bekommen, Christus sei ein angenagelter Donnerkeil.

Im Uebrigen ist sie ganz verständig und ruhig. Konnte nach 14 Tagen als geheilt entlassen werden.

Hier hat sich in der That ein symptomatisches Bild, welches anamnestisch entschieden als einfache Melancholie hätte aufgefasst werden müssen, bei genauerer Untersuchung als Folge und Begleiterscheinung von Zwangsdenken herausgestellt.

Bemerkenswerth ist, dass die Kranke früher schon anscheinend zwei, wenn auch mässigere Anfälle desselben Leidens gehabt hat, so dass der Fall eigentlich in das Gebiet der periodischen Psychosen gehört.

Alle diese Fälle zeichnen sich dadurch aus, dass die Gesammtpersönlichkeit der Kranken zu den auftretenden Zwangsvorstellungen in lebhaften Wiederspruch geräth und enorme Gemüthsreaction zeigt. In vielen Fällen entspringen daraus Handlungen, welche zwar nicht als criminell, aber doch zum mindesten als social störend zu betrachten sind.

Ebenso wie zur Melancholie, haben die Zwangsvorstellungen zur Paranoia viele symptomatische Beziehungen.

Oefter tritt das Zwangsdenken in der Art auf, dass bei allen im Laufe des gewöhnlichen Lebens nothwendigen Handlungen eine bestimmte Art von Associationen in Bezug auf die Consequenzen der betreffenden Handlungen im Bewusstsein erscheint.

P. S., Kaufmann, 35 Jahre alt. Ein Geschwisterkind von ihm ist 25 Jahre in einer Anstalt gewesen. S. erklärt, er leide an „Hypochondrie". Er muss immer denken, dass er durch seine Handlungen eine Vergiftung bewirkt. Deshalb unterlässt er oft gewisse Handlungen, weil er das Auftreten solcher Vergiftungsideen fürchtet. Er getraut sich nicht mehr einen Cigarrenstummel auf die Strasse zu werfen, weil er dann fürchten würde, es könne eine Nicotinvergiftung daraus entstehen.

Wenn er ein Schwefelholz in den Ofen wirft und es steht ein Topf darauf, so bekommt er Angst, es könne sich Rauch in den Topf schlagen und den Inhalt vergiften. Wenn er auf dem Stuhl sitzt, so glaubt er, andere werden angesteckt. Hier ist also ein Zusammenhang zwischen seiner Vergiftungsidee und der vorhandenen Situation erst construirt worden. Erst durch die Mittelvorstellung des

„Rauches“ werden hier die räumlich getrennten Gegenstände, ein in den Ofen geworfenes Streichholz und ein auf dem Ofen stehender Topf, in Bezug auf die Vergiftung zusammengebracht.

Oft sind die Zusammenhänge noch viel künstlicher, so dass ganze Reihen von Vorstellungen zwischen der Situation und der Vergiftungsidee ausgesponnen werden. Er erzählt manchmal lange Geschichten, z. B.: „Neulich kaufte ich Lebkuchen, da war Staub auf dem Paket. Abends lese ich in der Zeitung, dass ein Wiener Arzt Bacillen auf staubigen Apfelschalen gefunden habe; jetzt glaubte ich sofort, die Person, die von dem Lebkuchen esse, sei verloren. Da einige davon schon wieder verkauft waren, so war ich deshalb in Verzweiflung, wollte sie zurücknehmen, wusste aber nicht, wer sie hatte.“

Hier ist nun bemerkenswerth der Umstand, dass in Bezug auf ein schon geschehenes Ereignis, nämlich das Verkaufen von staubigen Lebkuchen, die Vergiftungsidee erst später von einer ähnlichen Vorstellung ausgelöst, gewissermaassen retrospectiv entstanden, auftritt.

Ferner ist die lebhafte Gefühlsreaction zu beachten, welche sich bei dem Kranken auf seine Zwangsvorstellungen ergeben hat. Es kann dadurch manchmal völlig das Bild einer agitirten Melancholie vorgetäuscht werden, wenn man die Veranlassung der Gefühlsreactionen, eben die quälenden Zwangsvorstellungen, übersieht.

In den bisherigen Beispielen über den Geisteszustand des Mannes kommen immer Vergiftungsideen vor, welche sich auf andere Menschen beziehen.

In Bezug auf sich selbst bekommt er oft den Zwangsgedanken, dass er syphilitisch angesteckt sei, wozu kein objectiver Grund in seinem Leben vorliegt. Manchmal befällt ihn der Gedanke, dass er in keine Gesellschaft mehr gehen und auf keinem Stuhle mehr sitzen dürfe, weil dadurch ein anderer angesteckt werden könne.

Bei der Untersuchung kommt er alle Augenblicke darauf zurück. Nachdem man ihm lang und breit auseinandergesetzt hat, dass alles grundlos sei, sagt er am Schluss doch: „Darf ich also auf einem Stuhle sitzen? Ich werde doch nicht angesteckt sein?“ — Im Uebrigen ist der Mann ganz verständig, kann seinen Geschäften vorstehen.

In den zuletzt gegebenen Mittheilungen tritt hervor, dass sich dieses Krankheitsbild in einem Zuge sehr dem nähert, was man Folie du doute (Zweifelsucht) genannt hat. Man konnte ihn für wenige Augenblicke überzeugen, dass Alles Einbildung sei, sofort kamen aber wieder die zweifelvollen Fragen: „Darf ich also auf einem Stuhl sitzen? Bin ich nicht vielleicht doch angesteckt?“

Die Folie du doute nähert sich in der That in manchen Fällen der Paranoia sehr an. Man muss dabei einen Unterschied je nach dem Gegenstand, auf welchen sich das Zweifeln bezieht, machen. Oft werden ganz künstliche Begriffsantithesen ausgeklügelt, an welchen sich dieser Trieb zum Zweifeln die Gegenstände sucht, zwischen denen er hin und her gehen kann. Ein mir bekannter Gärtnerbursche musste beim Einsetzen von Pflanzen immer grübeln, ob das Recht oder Pflicht sei. In solchen Fällen ist die ganze Fragestellung so absurd, dass man von einer beginnenden Wahnbildung in Bezug auf eine dieser Alternativen nicht reden kann. Im eben mitgetheilten Falle jedoch wird fortwährend gezweifelt, ob Syphilis am eigenen Körper vorliege oder nicht. Hier ist die eine Alternative, wenn sie geglaubt wird, eine positive Wahnidee. Es kommt nun wirklich vor, dass aus der einen Seite dieser Alternativfragen eine völlige Wahnbildung hervorwächst.

Hierher gehört der folgende Fall.

Rosa M. aus B., Brauburschenfrau, Deserta, geb. 1859, aufgenommen 19. Juni 1893, also im Alter von 34 Jahren. Geisteskrankheiten in der Familie nicht nachzuweisen. Lebte in unglücklicher Ehe. Wurde oft geschlagen, lief dem Manne aus dem Hause, nachdem dieser sie mit dem Messer bedroht hatte. Vor 5 Monaten fuhr sie nach W., ohne dass die Bischofsheimer Verwandten bestimmten Bescheid bekamen. Sie schrieb Briefe, aber ganz schwankend, mit fortwährender Aenderung der Entschlüsse. Nach Hause zurückgekehrt, wurde sie manchmal gewaltthätig, schlug z. B. auf einem Spaziergang gegen eine alte Frau und ein Kind los; schlug manchmal auf ihre Schwiegermutter los, benahm sich aber sonst ganz verständig. Nur zeigte sie eine sonderbare Unentschlossenheit, rannte z. B. am Tage 15mal zum Arzt, der ihr wiederholt versicherte, sie sei körperlich gesund.

In der Anstalt waren bei eindringlichster Prüfung weder Wahnideen, noch Hallucinationen zu ermitteln. Das wesentliche pathologische Merkmal bestand zuerst in einer Nahrungsverweigerung, welche nicht durch dauernde Gemüthsverstimmung bedingt war. Sie grübelte fortwährend, ob es erlaubt sei, zu essen oder nicht. Bei jeder Handlung, die sie thun soll, stockt sie. Sie weiss nicht, ob es sein soll oder nicht. An einem Tag quält sie sich fortwährend mit dem Gedanken, ob es schlecht von ihr sei, dass sie ihre falschen Zähne nicht abgegeben habe, oder nicht. Hat bei allem, was sie thun soll, ein Aber. Muss immer von einem fremden Willen geleitet werden. Sie isst meist nur auf energischen Befehl. Sagt öfter, sie wisse nicht, wie sie das später bezahlen solle. Wenn ihr versichert wird, dass sie einen Freiplatz hat und nichts zu bezahlen braucht, so scheint sie es einen Augenblick zu glauben, verfällt aber gleich wieder in ihren Zweifel. Dabei war sie durchaus nicht melancholisch, zeigte sich öfter ganz heiter. Sehr oft theilte sie, wenn sie etwas gethan hatte, z. B. gebetet, das dem Arzt mit und fragte, ob das recht gewesen sei? Die Entgegnung, dass sie ja gebetet habe, nimmt sie ruhig an, fragt aber bald darauf wieder, „ob das recht gewesen sei"

Nun traten weiterhin melancholieähnliche Verstimmungen auf, sie weinte oft dabei, zeigte jedoch im Wesentlichen immer Zweifelsucht. War manchmal durch ihre Unentschlossenheit ganz in ihren Handlungen gehemmt, sie wusste nie, ob es so oder so sein solle. Konnte sich dabei bei Besuchen so gut mit Verwandten unterhalten, dass sie für ganz normal angesehen wurde. Oft wiederholte sie die gleiche Bitte 20mal, wenn man ihr auch jedesmal dieselbe zusagte. Z. B. heisst es am 13. Juli 1893: „Verlangt in die Kirche zu gehen. Wenn man ihr das zusagt, so stellt sie nach einigen Minuten die gleiche Bitte, als ob man ihr gar keine Antwort gegeben hätte." Dazwischen zeigte sie wieder weinerliche Aufregungen, welche manchmal das Bild einer Melancholie vortäuschten.

Manchmal waren die Bitten einfach unerfüllbar. Sie wiederholte sie dann immerfort, wenn man ihr auch das Unmögliche derselben klar zu machen gesucht hatte.

24. Juli 1893. Stellt die Bitte, gleich fortgehen zu dürfen zu Fuss nach Bischofsheim (circa 7 Meilen). Trotzdem ihr gesagt wird, dass das in Anstaltskleidern, in denen sie war, und ohne Geld nicht gehen würde, wiederholte sie die Bitte oft, ohne je einen ernsthaften Versuch dazu zu machen oder sich auch nur ihre eigenen Kleider auszubitten. Muss immer noch mit grosser Mühe zum Essen gebracht werden. Fragt man sie, warum sie nicht essen will, so sagt sie mit einem freundlichen, unsicheren Lächeln: „Das ist ja zu viel, wer soll denn das alles bezahlen?" Dauernd melancholisch ist sie durchaus nicht, trotz der öfteren weinerlichen Erregungen. Bei dem Besuch des Vaters benimmt sie sich ganz verständig, sagt diesem gleich, es sei hier ganz schön, es gebe aber zu viel zu essen, wer denn das eigentlich bezahlen solle? Es trat nun immer mehr hervor, dass, wenn sie einmal eine Bitte oder Frage vorgebracht hatte, diese dann constant wiederkehrte, gleichgiltig, welche Antwort oder Auskunft sie bekommen hatte. Sie war besonders auch gegen den oft unmöglichen Inhalt ihrer constanten Bitten, welche sie nie mit ent-

sprechenden Handlungen begleitete, ganz kritiklos. Sie bittet z. B., wieder nach Bischofsheim gehen zu dürfen. Dass das in Pantoffeln, Anstaltskleidern und ohne Geld nicht geht, sieht sie nicht ein, beziehungsweise sie wiederholt bei jeder Gelegenheit, trotz dieser Einwände, ihre Bitte. Der Ton jeder Wiederholung ihrer Fragen und Bitten ist so, als ob überhaupt gar nichts vorangegangen wäre. Bei der Entlassung am 31. Juli ganz unverändert. Im Vordergrund stehen ihre Zweifelsucht und ihre Zwangsgedanken, für deren Thorheit sie kein Einsehen hat und die sie durchaus nicht als etwas Fremdartiges empfindet.

In diesen letzten beiden Zügen liegen die Momente, welche den Fall der Paranoia nahe bringen. Die Gesammtheit von Vorstellungen, welche die Persönlichkeit ausmachen, reagirt nicht mehr gegen die hier auftretenden stereotypen und praktisch unmöglichen Gedankenreihen durch das Gefühl des Fremdartigen. Die auftauchenden Ideen werden nicht mehr kritisirt, sondern immer von neuem den triftigsten und handgreiflichsten Einwänden gegenüber maschinenmässig wiederholt. Die Ideen, besonders z. B. der Zweifel, „wer denn das bezahlen soll", wären prognostisch weniger ernst zu nehmen, wenn sie aus einer dauernden Gemüthsverstimmung entsprängen, mit welcher sie — sublata causa cessat effectus — wieder verschwinden könnten. Gerade die Abwesenheit dieser und die Verständigkeit der Frau, abgesehen von ihrem Zweifel und Zwangsdenken, macht die Prognose im Sinne einer ausbrechenden Paranoia ungünstig.

Es giebt in der That Fälle von ausgebildeter Paranoia, deren Entstehung aus einem Vorstadium von Zweifelsucht und Zwangsdenken sich anamnestisch nachweisen lässt.

Neben den diagnostischen Beziehungen zur Melancholie und Paranoia kommt hauptsächlich in Betracht, dass auf dem Boden von Hysterie und Epilepsie öfter Zwangsvorstellungen erwachsen. Ausschlaggebend für die Diagnose kann die Beachtung der nervösen Reiz- und Ausschaltungserscheinungen werden, welche bei diesen Neurosen sehr häufig sind. Schliesslich kommt bei einigen Schwachsinnsformen, besonders bei Katatonie, Stereotypie von Handlungen zur Beobachtung, welche symptomatische Aehnlichkeit mit „Zwangshandlungen" zeigt, sich jedoch durch das Fehlen der subjectiven Reaction, wie sie bei den typischen Zwangsvorstellungen die Regel bildet, auszeichnet.

In allen diesen Fällen ist die Diagnose nach dem Grundleiden, nicht nach dem einzelnen Symptom zu stellen.

Es ist betont worden, dass es sich für die Beurtheilung hauptsächlich darum handelt, festzustellen, in welchem Verhältnis solche zwingend auftretenden Triebe zu bestimmten Handlungen zu dem Gesammtgeisteszustande der damit Behafteten steht. Im folgenden theile ich nun ein typisches Beispiel mit, in welchem sich dieser psychopathische Zug auf der Basis des angeborenen Schwachsinnes gezeigt hat.

A. M., geboren 1855, Grossvater geisteskrank. Aus der Zeit vor seiner ersten Aufnahme in die Klinik (1882) ist Folgendes bekannt:

In den ersten Lebensjahren viel an Krämpfen gelitten. Er blieb später geistig immer mehr hinter seinen Altersgenossen zurück. Er lernte in der Schule sehr schwer und nur gezwungen, war gutmüthig von Charakter. Auffallend war seine Vorliebe für Uhren schon als Kind. Er soll im Alter von 3 Jahren eine Kinderuhr geschenkt bekommen haben, an der er eine ganz unsinnige Freude hatte. Während seines schulpflichtigen Alters bekam er manchmal Anfälle von motorischer Unruhe, er sang und sprang umher, lachte ohne äusseren Grund, zog sich dadurch

viele Strafen zu. Nach der Entlassung aus der Schule kam er in eine Erziehungsanstalt, wo er das Schuhmacherhandwerk lernte.

Dort erfuhr er eine sehr harte Behandlung, erlitt viele Strafen, hauptsächlich wegen seiner heftig auftretenden Lachkrämpfe. Diese Lachkrämpfe hinderten ihn auch später am Fortkommen; da dieselben oft auftraten, wenn ein trauriges Ereignis zu beklagen war, wurde ihm dies häufig als Herzlosigkeit ausgelegt. Er hatte 18—20 Lehrherren, die ihn immer wegen seines „Rappels“ entliessen. Zuletzt verlor er seinen kärglichen Verdienst als Strassenarbeiter, da er häufig mitten in der Arbeit von einem Sturme, wie sich Patient ausdrückt, überfallen wurde, sein Arbeitszeug wegwarf und umherrannte, wobei es zu Scandalen mit den anderen Arbeitern kam.

Die Neigung für die Uhren hatte sich andauernd erhalten. Er konnte derselben eines Tages nicht widerstehen, und obwohl er das Strafbare seiner Handlung kannte, entwendete er eine Uhr unter Umständen, welche seine sofortige Festnahme und spätere Bestrafung nothwendig nach sich ziehen mussten. Damals erhielt er eine Gefängnisstrafe von 2 Monaten, später wurde er infolge von Uhrendiebstahls noch dreimal mit Gefängnis von 10—18 Monaten bestraft. Andere Diebstähle hat er nie ausgeführt. Jedesmal hatte Patient die That mit Bewusstsein vollbracht. Er hatte nie versucht, die gestohlenen Uhren zu verwerthen, sondern sie immer versteckt und sich heimlich an ihnen erfreut. Immer gestatteten die Umstände, unter denen die That verübt wurde, den Thäter alsbald ausfindig zu machen. Längere Zeit ist er bettelnd auf den Landstrassen herumgezogen.

Bei der Aufnahme in die Klinik 1882 zeigte er sich entschieden schwachsinnig. Dass er eingesperrt wird, wenn er Uhren stiehlt, weiss er, er kann es aber nicht lassen.

Seine Begriffe über Diebstahl sind ganz verworren. Wenn man einem die Uhr aus der Tasche nimmt, so sei das gestohlen; wenn man sie aber von der Wand oder vom Tisch nimmt, so sei das blos „genommen“. Am Schluss einer klinischen Vorstellung bettelt er das Auditorium um eine Uhr an. In Bezug auf die Erreichung seines fortwährenden Wunsches nach einer Uhr ist er ganz kritiklos. Er meint, wenn die beiden Aerzte jeder ein paar Mark geben, so könne man ihm eine Uhr kaufen, was er sehr hofft. Ferner bricht er sehr oft in ein krampfhaftes Lachen aus, wodurch die Mitpatienten sehr gestört werden.

Nach der Entlassung aus der Klinik im Februar 1882 bis zur zweiten Aufnahme im Jahre 1893 hat er noch viermal Uhren gestohlen und hat im Gefängnis gesessen, wo er seinem Wärter eine Uhr wegnahm. Zum letztenmal hat er seinem Onkel eine Uhr entwendet. Hier in der Anstalt zeigt er sich in mässigem Grade schwachsinnig, arbeitet im allgemeinen gut, bekommt manchmal Aufregungen, in denen er gemeingefährlichen Unfug treibt (Wasserhähne aufdrehen, Telephon beschädigen), lacht öfter krampfhaft und hat eine ganz kindische Freude, wenn man ihm für einige Minuten eine Uhr giebt. Er nimmt sie dann liebevoll in die beiden Hände, dreht sie nach allen Seiten, betrachtet das Zifferblatt, hält sie ans Ohr.

Hier sind die beiden Zwangsantriebe, das krampfhafte Lachen und das Uhrenstehlen, welche beide *ohne* das quälende Bewusstsein des *Zwingenden* auftreten, Theilerscheinungen des *allgemeinen* mässigen *Schwachsinns*. Bei der Begutachtung müsste dieser, nicht aber das einzelne antisociale Symptom in den Vordergrund gerückt werden.

Das Wesentliche der psychiatrischen Diagnostik besteht eben darin, nicht am einzelnen *Symptom* hängen zu bleiben, sondern die *Grundkrankheiten* festzustellen.

Melancholie.

Im Hinblick auf die in der allgemeinen Diagnostik gegebenen Ausführungen verstehen wir unter Melancholie ausschliesslich solche Depressionszustände, bei welchen die Gemüthsverstimmung das constante und wesentliche Moment bildet, aus welchem alle anderen Symptome (Neigung zum Suicid, Nahrungsverweigerung, Selbstanklagen u. s. w.) als Folge entspringen.

Wir schalten also alle diejenigen Fälle aus, bei welchen die Gemüthsdepression als Nebenerscheinung bestimmter anderer Krankheiten (Paranoia, Katatonie, Verwirrtheit u. s. f.) auftritt, geben ferner auch denjenigen Fällen im Hinblick auf die Grundkrankheit eine besondere Stellung, in welchen die Gemüthsdepression auf der Basis einer hysterischen oder epileptischen Neurose entsteht.

Eine ausschliessliche Beziehung der Krankheit zu einem bestimmten Lebensalter ist nicht vorhanden. Ob dieselbe bei dem weiblichen Geschlecht wirklich viel häufiger ist als bei dem männlichen, wie manche annehmen, erscheint nach Ausschaltung der nicht im strengen Sinn dazu gehörenden Fälle zweifelhaft. Allerdings sind vermuthlich Frauen im Klimakterium relativ am häufigsten davon betroffen.

Die Prognose der Fälle, in welchen nach Ausschluss symptomatischer Depressionszustände eine Melancholie im eigentlichen Sinne angenommen werden kann, ist eine wohl ausnahmslos günstige, indem die Krankheit nach einer Anzahl von Monaten zur völligen Herstellung des Status quo ante führt. Allerdings sind Recidive auch nach sehr langer Zeit nicht ausgeschlossen, was wir bei der Behandlung der periodischen Psychosen berücksichtigen müssen.

Bei den sonstigen Depressionszuständen richtet sich die Prognose nach der Grundkrankheit, wobei besonders der günstige und oft überraschend kurze Verlauf der melancholischen Anfälle auf der Basis von Hysterie und Epilepsie hervorzuheben ist.

Bei der Melancholie stehen Gemüthsverstimmung und Wahnbildung im Verhältnis von Ursache zur Wirkung derart, dass die Grösse der Wirkung viel weniger von der Intensität des Affectes als von der besonderen Beschaffenheit des Individuums abhängt.

Jedenfalls gilt bei den als Melancholie zu bezeichnenden Psychosen in Bezug auf die Wahnbildung der Satz: sublata causa cessat effectus. Mit verschwindender Gemüthsaffection verschwindet die Wahnbildung. „Es fällt wie Schuppen von den Augen."

Am einfachsten zu verstehen sind diejenigen Fälle, in denen die Gemüthsverstimmung die Wahnbildung bei weitem überwiegt.

Man kann dabei folgende Formen unterscheiden:

I. Die apathische Melancholie.

II. Die Angstmelancholie.

III. Die agitirte Melancholie.

IV. Die stuporöse Melancholie.

Diese verschiedenen Formen kommen dadurch zustande, dass die verschiedenen Individuen ihrer ganzen Natur nach auf die gleiche Grundkrankheit verschieden reagiren.

Es wird einer exacten Individualpsychologie, deren Schaffung eine der Aufgaben der nächsten Jahrzehnte ist, sicher gelingen, gewissermaassen die Form zu bestimmen, welche eine eventuell bei dem betreffenden Individuum ausbrechende Melancholie nothwendiger Weise bei der ganzen psychophysischen Beschaffenheit der betreffenden Person annehmen müsste.

Die apathische Melancholie umfasst nur einen Theil der Fälle, welche man sonst als Melancholia simplex bezeichnet hat. Der andere Theil betrifft Fälle, in denen die Wahnbildung schon im Vordergrund steht. Ich verstehe unter apathischer Melancholie diejenige Form, bei der eine dauernde Gemüthsverstimmung das Krankheitsbild beherrscht und gleichzeitig alles Interesse an den gewohnten Beschäftigungen und an der Umgebung verloren gegangen ist, während Wahnbildung völlig fehlt. Zugleich finden sich dabei eine Reihe von Symptomen, welche vielen körperlichen Kranken gemeinsam sind: Schlaflosigkeit, Mattigkeit, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit. Manchmal werden diese Symptome als Prodromalerscheinungen der ausbrechenden Psychose aufgefasst. In vielen Fällen scheint es jedoch, dass sie körperliche Folgeerscheinungen der beginnenden Gemüthserkrankung sind.

Viele von diesen Kranken kommen gar nicht in Irrenanstalten, weil sie bei einiger Sorgfalt von Seiten der Angehörigen ruhig zu Hause verpflegt werden können. Diese Patienten fühlen sich krank und bleiben apathisch im Bett liegen, was ihre Behandlung in Familienpflege sehr erleichtert. Die Kranken sind dabei völlig besonnen, „sie wissen alles“, wie die Verwandten sagen, und werden oft von diesen gar nicht als geisteskrank declarirt.

An zweiter Stelle müssen wir die Fälle von Angstmelancholie behandeln, bei welchen die Wahnbildung vor dem blossen gesteigerten Affect in den Hintergrund tritt. Diese Angstmelancholieen sind nun häufig mit starker motorischer Erregung verbunden, so dass sie durch die begleitende Agitation imponiren.

Es besteht jedoch zwischen Angst und motorischer Erregung ein ähnliches Verhältnis wie zwischen Gemüthsverstimmung im allgemeinen und Wahnbildung: beide Symptome sind häufig miteinander verbunden, aber nicht in einer untrennbaren und proportionalen Weise.

Es giebt Angstmelancholieen, bei denen die Kranken durchaus keine lebhafte Agitation (Laufen, Händeringen etc.) zeigen, sondern ihren gequälten Zustand nur durch andauerndes unarticulirtes Stöhnen und Jammern verrathen.

Bei anderen Individuuen bewirken Gemüthsverstimmungen, welche an Intensität weit hinter der richtigen Angstmelancholie zurückstehen, schon lebhafte Agitation.

Ebenso wie die Wahnbildung, so ist auch die motorische Erregung eine bei verschiedenen Individuen verschieden starke Reaction auf die primäre und wesentliche Affection: die Gemüthsverstimmung.

Eine der wichtigsten Folgen aus der melancholischen Gemüthsverfassung ist die Tendenz, sich selbst zu vernichten. Der Ausdruck „Selbstmord“ umfasst beiweitem nicht die Summe aller der Handlungen, welche von Melancholischen begangen werden, um sich selbst zu schaden und sich zum Tode zu bringen. Der „Selbstmord“ ist nur die acute Steigerung, die eclatanteste Form, unter welcher die Selbstschädigung zustande kommt.

Viele Melancholische verweigern die Nahrungsaufnahme, weil sie meinen, sich dadurch aushungern zu können. Potentiell ist das in der That ein Selbstmordversuch, wenn er auch äusserlich sich von den Schrecken erregenden Selbstmorden, welche bei Melancholischen oft vorkommen, unterscheidet.

Das erste Object der Wahnbildung bei den Melancholischen ist die eigene Persönlichkeit. Der Kranke fühlt sich selbst als völlig elend und werthlos. Es werden nun solche Vorstellungen gebildet oder ausgewählt, welche imstande sind, diesen ganz erbärmlichen Zustand des eigenen Ichs zu erklären. Sehr oft wendet sich diese Wahnbildung auf das religiöse Gebiet. Die Kranken glauben sich versündigt zu haben, suchen aus ihrem Vorleben manchmal wirkliche Vergehen, viel öfter aber Kleinigkeiten hervor, welche sie nun in der Färbung ihres traurigen Affectes erblicken. Dieser Versündigungswahn wird nun in der mannigfaltigsten Weise variirt: Gott kann allen anderen Menschen verzeihen, nur ihnen nicht, sie werden ewig in der Hölle bleiben, sie haben die grösste Sünde gethan, welche es überhaupt giebt. Manche suchen sich durch Selbstverstümmelung für ihre Sünden zu bestrafen.

Manchmal wird das krankhaft veränderte Selbstgefühl in hypochondrische Vorstellungsreihen umgesetzt. Es werden schreckliche Krankheiten angenommen, die den gegenwärtigen erbärmlichen Zustand verschuldet haben, besonders Syphilis. Das Blut ist ausgetrocknet, das Herz schlägt falsch, der ganze Körper ist ausgebrannt. Diese Wahnbildungen beziehen sich wesentlich auf die eigene Persönlichkeit an sich.

Oft wird nun von den Kranken das elende Ich als Gegensatz zu der Umgebung empfunden. Sie verdienen nicht, dass man sich um sie kümmert, sie dürfen nicht so viel essen, sie machen der Umgebung zu viel Mühe, sie müssen fort, weil sie nicht werth sind, hier verpflegt zu werden, sie verlangen schlecht behandelt zu werden, man soll sie schlagen, fortjagen, am liebsten tödten.

Oft wird diese Beziehung des eigenen, als ganz unwürdig empfundenen Ich zu der Aussenwelt noch weiter fortgebildet, indem der Zustand des Ich als Ursache von dem Unglück in der Umgebung aufgefasst wird. Sie haben eine Krankheit in ihre Umgebung gebracht, von ihnen geht das Verderben aus, wer sie anrührt, ist mit verloren. Solche Kranke drängen dann oft ganz wild aus der Anstalt, nach Meinung der Verwandten, weil sie „Heimweh“ haben, in Wahrheit weil sie meinen, ihre Umgebung zu verpesten, zu vergiften, das Unglück ins Haus zu bringen.

Manchmal nimmt die Vorstellungsbildung der Melancholischen scheinbar den Charakter eines Verfolgungswahns an. Dieser hat jedoch mit dem Verfolgungswahn der Paranoia nur scheinbare Aehnlichkeit. Die Kranken meinen, dass sie vor Gericht gestellt werden, dass sie ins Gefängnis gesetzt und hingerichtet werden sollen. Das Charakteristische dieses melancholischen Verfolgungswahns ist jedoch, dass die Kranken in diesen drohenden Ereignissen nur die gerechte Vergeltung für ihre vermeintlichen Sünden sehen. Sie construiren sich gewissermaassen das Aequivalent für die ungeheure Grösse ihrer vermeintlichen Schuld. Hier sehen wir wieder, dass symptomatisch zwei ganz verschiedene Krankheiten, wie Melancholie und Paranoia, einzelne ganz identische Symptome haben können (nämlich „Verfolgungswahn“), dass diese aber dabei pathogenetisch vollkommen verschieden sein können.

Für den praktischen Arzt wirkt meistentheils das Moment der Wahnbildung verwirrend bei der diagnostischen Auffassung der melancholischen Zustände.

In der That tritt manchmal die Wahnbildung so in den Vordergrund, dass die Differentialdiagnose schwer zu stellen ist. Es ist deshalb gut, eine besondere V. Gruppe als Melancholia paranoïdes herauszuheben. Es sind dies die Fälle, in welchen der Affect weniger in den Vordergrund tritt, oft auch die Nebensymptome der Melancholie: Nahrungsverweigerung und Selbstmordneigung, wenig ausgeprägt sind, während die Wahnbildung relativ stark hervortritt. Trotz der symptomatischen Aehnlichkeit kann ich mich nicht entschliessen, diese Fälle als graduelle Abstufung, als „allmählichen Uebergang" zur Gruppe der Paranoia aufzufassen, sondern meine, dass diese Zustände pathogenetisch ganz verschieden sind. Trotz des thatsächlichen Ueberwiegens der Wahnbildung über die veranlassende Gemüthsverstimmung gilt auch hier der Satz: sublata causa cessat effectus, — während bei der Paranoia die Symptome: Gemüthsverstimmung und Wahnbildung in ganz anderem Verhältnis stehen. Ein Paranoïscher bleibt paranoïsch, selbst wenn man seine Gemüthsreactionen sich wegdenkt oder sie ihm thatsächlich nehmen könnte. Ein an Melancholia paranoïdes Leidender wird gesund, wenn seine Gemüthsverstimmung wegfällt.

Bevor wir zur Exemplificirung für diese 5 Gruppen übergehen, wollen wir durch einige Beispiele darauf hinweisen, dass Gemüthsverstimmung auch symptomatisch bei einer Reihe anderer Nerven- und Geisteskrankheiten vorkommt: Progressive Paralyse, Tumor cerebri, multiple Sklerose, ferner Myxödem; von functionellen Geisteskrankheiten können Paranoia, primärer Schwachsinn in statu nascendi, Katatonie, ferner besonders hallucinatorische Verwirrtheit, Gemüthsverstimmung als Symptom zeigen, ebenso wie die psychopathologisch so wichtigen Neurosen Hysterie und Epilepsie.

1. Symptomatische Gemüthsverstimmung bei progressiver Paralyse.

43jähriger Mann. Seit einem halben Jahr gedrücktes Wesen. Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen, Willenlosigkeit. Kommt selbst ins Spital.

Bei der Aufnahme: Psychisch im Zustande apathischer Melancholie, dabei Intelligenzdefecte, Gedächtnisschwäche. Kniephänomene fehlen. Rechte Pupille weiter als linke. Beide reagiren träg.

Diagnose: Paralysis progressiva.

Verlauf: Nach $1\frac{1}{2}$ Jahren Exitus letalis im paralytischen Anfall.

2. Symptomatische Gemüthsverstimmung bei Tumor cerebri.

36jähriger Mann. Seit 10 Wochen unruhiger Schlaf, Mattigkeit, Kopfschmerzen, Verstimmung. Einmal war für einen Tag der rechte Arm und das rechte Bein halb gelähmt. Bei diesem Anfall trat zuerst Schwindel, aber keine Ohnmacht auf.

Status praesens: Psychisch das Bild der apathischen Melancholie. Keine Intelligenzdefecte. Manchmal Verlangsamung im Vorstellungsablauf und langsame, aber correcte Sprache. Beginnende Stauungspapille. Leichte Parese der rechten Seite. Links Anosmie.

Diagnose: Tumor cerebri, wahrscheinlich im linken Frontallappen.

Verlauf: Exitus letalis nach $\frac{1}{2}$ Jahr.

3. Symptomatische Gemüthsverstimmung bei multipler Sklerose.

23jähriges Mädchen. Seit ½ Jahr in einem deprimirten Gemüthszustande. Hat Selbstmordgedanken geäussert. Sie sagte, sie könne nicht mehr richtig denken, sie sei verloren.

Status: Psychisch das Bild einer einfachen Gemüthsverstimmung. Enorm gesteigerte Kniephänomene, beiderseits Fussclonus. Zittern der Hände. Sklerose des rechten Sehnerven. Bei längeren Prüfungen der Sprache manchmal Haften am Wort (scandirende Sprache).

Diagnose: Multiple Sklerose des Rückenmarks und Gehirns.

Verlauf: Allmähliche Verschlimmerung der Rückenmarkssymptome bei gleichbleibendem geistigen Zustande. Exitus letalis durch Suicidium.

4. Symptomatische Gemüthsverstimmung bei Myxödem.

36jährige Frau. Vor ½ Jahr totale Schilddrüsenexstirpation. Seitdem allmählich ein gedrückter Zustand mit Verlangsamung des Denkens. Eigenthümliche Schwellung der Haut.

Diagnose: Postoperatives Myxödem mit psychischen Symptomen.

Zweite Gruppe von differentialdiagnostisch wichtigen Erkrankungen.

5. Gemüthsaffect bei hallucinatorischer Verwirrtheit.

28jährige Frau. Massenhafte Sinnestäuschungen mit schwerer Verwirrtheit. Manchmal heitere Gesichts- und Gehörstäuschungen, meistentheils Furcht- und Schrecken erregende. Infolge der Hallucinationen reactiver Bewegungsdrang. Paralytische Symptome fehlen.

Symptomatisch könnte man hier, wenn man nur die Gleichzeitigkeit von Gemüthsaffection und Bewegungsdrang in Betracht zieht, von agitirter Melancholie reden. Diese Diagnose wäre aber ungenügend, weil man damit das wichtige Moment der Verwirrtheit und das reactive Verhältnis von Gemüthsaffect und Bewegungsdrang zu den Sinnestäuschungen ganz ausser Acht lassen würde. Die Diagnose muss auf hallucinatorische Verwirrtheit gestellt werden.

Verlauf: Der Affect verliert sich parallel mit dem Verschwinden der Sinnestäuschungen. Die Verwirrtheit bleibt dann weiter bestehen und verschwindet allmählich, bis nach 4 Monaten völlige Restitutio ad integrum erfolgt.

6. Gemüthsverstimmung bei chronischer hypochondrischer Verrücktheit.

37jähriger Mann. Seit circa ¾ Jahren hypochondrische Ideen mit Wahnbildung. Der Leib sei leer, die Därme seien ausgebrannt, der Magen habe ein Loch, die Speiseröhre sei verstopft.

Bei der Aufnahme heftig erregt, jammert laut, schreit, sein Magen sei voll Luft, die Glieder seien verdorrt, die Haut sei durchlöchert. Heftige Nahrungsverweigerung auf Grund der Idee, dass seine Speiseröhre verstopft sei. Keine paralytischen Symptome.

Diagnose: Hypochondrische Verrücktheit mit intercurrenten Aufregungszuständen.

7. Gemüthsverstimmung bei primärem Schwachsinn in statu nascendi.

18jähriges Mädchen. In letzter Zeit öfter geweint, dann wieder ausgelassen lustig und kindisch, zu keiner Arbeit zu bewegen. Manchmal Sinnestäuschungen ohne lebhafte Reaction.

Status: In einem melancholisch-apathischen Zustande; giebt für ihre Traurigkeit ganz schwachsinnige Motive an. In ihrem Affect ist kein Nachdruck. Manch-

mal hat sie intercurrente Momente, in denen sie lacht und ganz normal erscheint. Confuse Sinnestäuschungen ohne Wahnbildung.

In diesem Krankheitsbilde sind in einer ganz unzusammenhängenden Weise eine Reihe von völlig verschiedenen psychopathischen Symptomen vereinigt.

Diagnose: Primärer Schwachsinn.

Prognose: Dauernde psychische Invalidität leichten Grades.

Bisheriger Verlauf: Nach 3 Jahren immer noch ziemlich im gleichen Zustande zu Hause in der Familie. Manchmal Steigerungen des Zustandes, welche kurze Aufenthalte in der Anstalt nothwendig machen. —

Neben den symptomatischen Gemüthsdepressionen bei functionellen Geisteskrankheiten kommen melancholische Zustände bei Hysterie und Epilepsie vor, deren richtige diagnostische Auffassung auf der Beachtung der diesen Krankheitsformen eigenthümlichen Nervensymptome beruht. Es muss hier auf die betreffenden Capitel verwiesen werden.

Wir haben absichtlich diese differentialdiagnostischen Möglichkeiten, welche allerdings nicht alles erschöpfen, vorangestellt, weil es bei der wirklichen Diagnose der Melancholie immer darauf ankommt, erst die Annahme auszuschliessen, dass es sich um eine symptomatische Gemüthsverstimmung bei einer anderen Krankheit handelt.

Wir kommen nun zur Exemplification der von uns unterschiedenen fünf Formen von Melancholie.

1. Die apathische Melancholie.

E. St., Kaufmann, aufgenommen 7. Mai 1892, im Alter von 48 Jahren. Mutter in späterem Lebensalter geisteskrank, nach mehreren Jahren wieder ganz gesund. Vater nahm sich im Alter von 78 Jahren, weil die Frau (in ihrem 65. Jahr!) in die Irrenanstalt kam, das Leben. Die Eltern waren früher geistig immer gesund. 4 Geschwister geistig ganz gesund. E. St. hatte eine ruhige, gesicherte Lebensstellung. Nie bedeutend krank gewesen. Frühjahr 1892 Influenza. Schon beim ersten Anfall heftige Gemüthsverstimmung, zweimal Influenzarecidive.

Zunehmende Verstimmung, in die er zum Theil richtige Einsicht hatte. Er bildete sich ein, unheilbar krank zu sein, und dass er die Familie unglücklich machen werde.

Sonst keine Spur von Wahnbildung zu ermitteln.

Status bei der Aufnahme:

In weinerlicher Erregung. Lebhaftes Krankheitsgefühl. Keine paralytischen Symptome (Intelligenzstörungen, tabische Erscheinungen.). Fühlt sich unfähig zum Denken, schläft wenig, hat wenig Appetit. Liegt apathisch im Bett, ohne zu jammern. Mag nicht aufstehen. Keine Sinnestäuschungen, keine Hallucinationen.

Spricht spontan nie etwas.

25. Juni 1892. Hat andauernd apathisch im Bett gelegen. Nie schwere Angstzustände. Nie Hallucinationen, keine Wahnideen. Besserer Schlaf. Gewichtszunahme. Weniger apathisch.

1. Juli. Klagt noch über Schwere im Kopf und Langsamkeit der Gedanken. Redet öfter spontan. Keine Wahnideen.

17. Juli. Geheilt entlassen nach Gewichtszunahme von 20 Pfund.

Das Charakteristische des Falles liegt in der reinen Gemüthsverstimmung ohne Wahnbildung und in der apathischen Form, welche dieselbe angenommen hat. Wenn nicht die Sorge der Verwandten im Hinblick auf die Geistesstörung der Mutter vorgelegen hätte, würde St. sicher in der

Familie verpflegt worden sein. Derartige Fälle kommen meist gar nicht in die Anstalten, wenn die Aufnahmebedingungen erschwert sind.

Die Apathie dieser Gruppe ist als eine Vorstufe des Stupors zu betrachten, welche wir als Kennzeichen unserer vierten Gruppe von Melancholiefällen aufgestellt haben.

2. Die Angstmelancholie.

Nächst den apathischen Melancholieen sind am leichtesten die Fälle aufzufassen, in welchen das unmittelbar verständliche Symptom der Angst ganz im Vordergrund steht. Diese kann sich entweder im Laufe einer Gemüthserkrankung allmählich steigern oder ganz plötzlich ausbrechen.

K. D., Taglöhnerstochter, aufgenommen am 10. April 1893, im Alter von 16 Jahren. Vater paranoïsch. Ausserdem noch andere Fälle von Geistesstörung in der Familie. Früher immer normal. Sehr gewissenhaft im Dienst. 2 Tage vor der Aufnahme plötzlicher Ausbruch der Geistesstörung. Sie kam plötzlich zu der Mutter gelaufen, zeigte grosse Angst, sagte: „Ich will dich nur noch einmal sehen. Die Pest bricht aus.“ — Am nächsten Tag wieder starke Angstanfälle, in denen sie fortwährend rief: „Ich werde todt gemacht.“

Bei der Aufnahme: Stark ängstlich erregt, spricht in jammerndem Ton, dass sie todt gemacht werden solle. Kein Fieber. Körperlich normal.

Verlauf: 12. April. Beständige Angst. Schwer im Bett zu halten. Jammert, der Bauch werde ihr aufgeschlitzt. Antwortet auf keine Frage.

18. April. Heftige Angstanfälle mit ganz stereotypen Satzproductionen: „sie werde umgebracht, sie sei verloren“

30. Mai. Seit Wochen andauernd leises Jammern mit kurzen Unterbrechungen. Muss mit dem Löffel gefüttert werden. Andauernd von Angst beherrscht. Sagt manchmal, es brenne, man möge sie hinauswerfen.

15. Juni. Wimmert fortwährend. Lippen werden stumm wie zum Sprechen bewegt. Liegt constant auf dem Rücken, Decubitusgefahr, leistet gegen alle passiven Bewegungen Widerstand, hält den Kopf im Bette steif nach oben.

9. October. (!) Bringt einige Worte zur Antwort heraus. Immer noch mit kurzen Unterbrechungen ängstlich. Reagirt manchmal auf Aufforderungen.

24. October. Sagt, es gehe ihr besser. Nimmt spontan Nahrung. Lächelt manchmal.

4. November. Hat angefangen sich zu beschäftigen. Spricht noch wenig, hat körperlich sehr zugenommen.

24. December. Vollständig geheilt entlassen.

Das Charakteristische des Falles liegt in dem Ueberwiegen der Angst. Nur wenigemale konnten Sinnestäuschungen vermuthet werden. Wahnbildung fehlte bis auf die ganz elementare Idee, dass sie verloren sei, vollständig.

Das Körpergewicht zeigt folgenden Verlauf: Vom 14. April bis 25. September, also in $5\frac{1}{2}$ Monaten, eine Abnahme von 45 auf 31·50 Kilo, also um 27 Pfund, vom 25. September bis 22. December, also in 3 Monaten, eine Zunahme von 31·50 auf 48·50, also um 34 Pfund. Der Anstieg ist also viel rascher als der Abfall, welcher terrassenförmig gegangen ist.

3. Die agitirte Form.

30jähriges Fräulein. Seit Sommer 1891 nach mehrfachen Gemüthsbewegungen Verstimmung und Selbstanschuldigungen. Ruheloses Umherwandern. Bei der Aufnahme in die Anstalt heftige Agitation. Händeringen, unruhiges Beissen an den Fingerkuppen, Jactation im Bett, Herumschlendern des Kopfes. Dabei starke Wahnbildung: sie sei eingesperrt, der Scharfrichter werde kommen, sie habe das verdient, man solle ihr Gift geben. Sie komme in die Hölle, sei die grösste Sünderin.

Allen könne verziehen werden, nur ihr nicht. Sie habe schon als Kind schwere Sünden gehabt, die schwersten von allen Menschen.

Verlauf: Nach 6monatlicher Melancholie, welche sich wesentlich durch die starke Wahnbildung ohne alle Hallucinationen und durch heftige Agitation auszeichnete, völlige Genesung.

4. Die stuporöse Form.

Bei der Mittheilung des Falles von apathischer Melancholie ist darauf hingewiesen worden, dass die Apathie gewissermaassen eine Vorstufe des Stupors ist. Der echte Stupor, wenn er nicht durch katatonische Symptome complicirt oder durch Hallucinationen bedingt ist, muss als prognostisch sehr günstig aufgefasst werden. Es handelt sich um den Zustand von völliger Reactionslosigkeit, oft mit Katalepsie verbunden, wie er sich manchmal im Verlauf der echten Melancholie entwickelt. In den meisten Fällen kann das Bild als ein Erstarren in den Ausdrucksbewegungen des Affectes angesehen werden.

E. M., aus Gelchsheim. Dienstmagd, aufgenommen am 9. Juni 1890, im Alter von 26 Jahren. Mutter hatte zwei Anfälle von Geistesstörung, wahrscheinlich Melancholie. Bei einem derselben wurde sie in der Familie von ihrer Tochter verpflegt, wobei diese 10 Tage lang „neben drauss" gewesen sein soll (inducirte Melancholie?). Sie konnte jedoch ihre Arbeit dabei verrichten. Die jetzige Krankheit begann am 26. Mai, also 14 Tage vor der Aufnahme, plötzlich mit heftiger Angst und Aufregung, sowie Versündigungsideen. Kurz vorher war sie noch auf einem Hochzeitsfest. Bald nach dem Ausbruch der Krankheit viele Selbstanklagen. Sie schrie und betete laut, hielt sich für verdammt, sie sei nicht mehr zu retten.

Bei der Aufnahme: Keine Missbildungen, keine Innervationsstörungen. Aengstlicher Gesichtsausdruck, ganz stumm auf Fragen. Manchmal jammert sie leise nur für sich hin: „Ich hab's nicht gethan." „Ich soll Alles gethan haben."

Verlauf: 10. Juni. Ganz ruhig im Bett, spricht freiwillig kein Wort. Auf Fragen entweder gar keine Antwort, oder ein constant wiederholter, aus ihrem Affect entspringender Satz: „Was habe ich denn eigentlich gethan?"

13. Juni. Wieder leise Klagen und Selbstbeschuldigungen; ängstlich ohne bestimmte Wahnideen.

15. Juli. Es treten Gehörstäuschungen auf. Es werden ihr eine Menge Namen zugerufen, ferner: sie müsse fort, dürfe nicht hierbleiben, weshalb sie ängstlich fortdrängt. Steht immer weinend an der Thür. Hört sich von draussen rufen. Bestimmte Wahnideen werden nicht an die Sinnestäuschungen angeknüpft.

28. Juni. Heftige Nahrungsverweigerung. Nachdem ihr mit Mühe eine Tasse Milch beigebracht ist, sagt sie: „Ich hätte nichts essen sollen." „Jetzt ist es noch ärger."

7. August. Ist in letzter Zeit immer mehr in Stupor verfallen. Die Gesichtszüge sind wie im Moment heftiger Angst erstarrt. Auf Wortcommando folgt sie. Gegen passive Bewegung Widerstand. Sie jammert selten. Nahrung bringt man ihr nur bei, indem man die einzelnen Theile des Trinkactes zerlegt und jeden durch ein Commando auslöst („Mund auf", dann Eingiessen von Milch, „Mund zu", „schlucken".)

17. August. Allgemeine Muskelspannung, besonders der Sternocleidomastoidei. Gesichtsausdruck vollkommen starr. Reaction gegen schmerzhaftes Kneifen sehr schwach und langsam. Wächserne Biegsamkeit (Katalepsie) der Glieder.

24. August. Dauernd kataleptisch. Jammert nicht. Ist trotz der Muskelspannung viel besser zu ernähren als während der vom Affect beherrschten Zeit.

25. August. Spannung der Musculatur geringer. Nahrungsaufnahme gut. Keine Wahnideen.

23. September. Vollkommen geheilt entlassen.

Dieser Fall ist charakteristisch für die Ausbildung von Stupor im Verlauf einer Erkrankung, welche nach ihrem ganzen Beginn als Melancholie aufgefasst werden muss.

Es ist versucht worden, diese Fälle ganz von der Melancholie loszutrennen und zu der Katatonie herüberzuziehen. Damit werden jedoch zwei prognostisch ganz verschiedene Zustände vermischt. Der im Verlauf der Melancholie auftretende Stupor, welcher die katatonischen Symptome im engeren Sinne nicht aufweist, ist prognostisch durchaus günstig. Die Katatonie dagegen ist eine häufig zum Schwachsinn führende Erkrankung.

Die Trennung der Zustände ist nur dadurch erschwert worden, dass auch die Katatonie manchmal melancholieähnliche Intervalle zeigt, andererseits manchmal im ersten Anfang einen Stupor aufweist. Nichtsdestoweniger müssen diese Krankheiten ganz getrennt, andererseits von dem allgemeinpathologischen Begriff des „Stupors" als gesonderte wirkliche Krankheitseinheiten hervorgehoben werden.

Um die Fälle von Melancholie, in welchen die Wahnbildung sehr im Vordergrund steht, von der Paranoia abzugrenzen, mit der sie sich symptomatisch manchmal ganz zu verwirren scheinen, wollen wir zunächst einen Fall analysiren, in welchem das pathogenetische Verhältnis, nämlich das Hervorgehen der Wahnideen aus der Gemüthsverstimmung, klar zutage tritt.

B. B., Händlersfrau, aufgenommen 11. Juni 1890, im Alter von 36 Jahren. Hereditär belastet: Mutter wurde im 60. Lebensjahr geisteskrank, ist zur Zeit der Erkrankung der Tochter 65 Jahre alt, hat melancholische Ideen, war aber nie in einer Anstalt. — B. war geistig immer normal, hat keine erschöpfenden körperlichen Krankheiten durchgemacht. Heirat im 25. Jahr, 5 Kinder, 1 gestorben, 4 leben. Seit December 1889, also seit circa 6 Monaten, klagte sie über verschiedene Krankheiten, fürchtete sich beständig, glaubte sie müsse sterben, war immer ängstlich, wollte stets Menschen um sich haben, hielt sich meist im Bett auf. 2 Monate darauf begannen Selbstanklagen. Sie machte sich Vorwürfe über vermeintliche Vergehen, jammerte beständig, Schlaf und Nahrungsaufnahme minimal. Seit 14 Tagen vor der Aufnahme in hochgradiger Erregung, sie jammerte laut, behauptete, es seien Thiere, Löwen und Tiger, in ihrem Zimmer, sie selbst sei in ein Thier verwandelt.

Sie fragte einmal: „Bin ich denn eine Stallkuh oder ein Hund?" Sie fürchtete, ihre Familie werde fortgeschleppt und geschlachtet. Wenn ein Hahn krähte, so behauptete sie, sie könne es verstehen, es bedeute Unglück. Dann steigerte sich ihr Versündigungswahn, sie glaubte, sie sei ewig verloren, sie müsse in die Hölle. Oft äusserte sie Selbstmordideen.

Hier ist die Aufeinanderfolge der Symptome sehr gut zu erkennen. Zuerst ein allgemeines Krankheitsgefühl, vage Befürchtungen, die nicht über das hinausgehen, was sich geistig gesunde Menschen manchmal oft einbilden, wenn sie sich krank fühlen, deutliche Angstgefühle mit entsprechenden Reactionen. „Sie wollte stets Menschen um sich haben." Nach zwei Monaten Beginn der Wahnbildung zuerst in Bezug auf die eigene, als etwas Werthloses und Erbärmliches empfundene Persönlichkeit: Selbstanklagen, eingebildete Verbrechen etc.

Diese Wahnbildung steigt dann bis zu den Verwandlungsideen, in welche sich die Selbstverkleinerung umsetzt. Zugleich treten vereinzelte Sinnestäuschungen auf. Dann wendet sich die Wahnbildung auf die Umgebung, besonders die Angehörigen. Auch sie erscheinen in das Verderben hineingezogen. Schliesslich werden indifferente Ereignisse (Krähen des

Hahnes) aus der Umgebung in Beziehung zu dem eigenen Schicksal gesetzt. Das Symptom der Eigenbeziehung, welches in der Paranoia eine grosse Rolle spielt, tritt im Ablauf einer Gemüthserkrankung auf. Wer einseitig dieses Symptom betonen wollte, würde den Fall in die ganz falsche Kategorie der Paranoia bringen. In Wahrheit handelt es sich hier um eine Theilerscheinung einer Melancholie.

Status bei der Aufnahme: Morphologisch normal. Kein Zeichen einer organischen Hirn- und Rückenmarkskrankheit. Keine Organerkrankungen. Sehr schwächlich. Aengstlich, verlässt oft das Bett und setzt sich auf den Boden. Die Worte beim Antworten werden in ängstlicher Erregung hervorgestossen. Sie habe sich schwer versündigt, durch sie sei ein grosses Unglück entstanden, sie wolle Alles gestehen.

Verlauf: 15. Juni. Abwechselnd in stummer Verzweiflung oder in lautem Jammer. Im ersten Falle zu keiner Antwort zu bringen. Oefter heftige ängstliche Erregung. Stets in Erwartung eines grossen Unglückes. Stösst ängstlich abgerissene Worte hervor, wie z. B.: „Ich bin verloren, es ist alles aus.“ Läuft manchmal jammernd im Zimmer herum. Nahrungsverweigerung.

18. Juni. In letzter Nacht heftiger Angstanfall, schrie laut, wollte mit Gewalt fort. Von beständiger Angst beherrscht. Zittert am ganzen Körper, stösst keuchend heraus: „Es ist ja schrecklich.“ „Ach Gott im Himmel.“ „Ich kann es gar nicht sagen.“ „Es wird immer schrecklicher.“

27. Juni. Nach den stärkeren Erregungen der letzteren Zeit ist sie in einen apathischen Zustand verfallen, liegt stumm zu Bett, muss gefüttert werden, physiognomisch noch von traurigen Gefühlen beherrscht, aber äusserlich viel ruhiger.

13. Juli. Seit einigen Tagen weniger apathisch. Isst besser. Spricht sehr wenig, giebt nur manchmal zögernd Antwort. Lächelt manchmal.

27. Juli. Wechselndes Verhalten durch Schwankungen im Grad ihrer Apathie. Manchmal liegt sie noch stundenlang interesselos da, manchmal spricht sie eine Absicht aus, z. B. in den Garten zu gehen, thut's aber doch nicht, obwohl ihr kein Hindernis in den Weg gelegt wird. Schlaf und Appetit besser. Wahnideen nicht vorhanden.

4. August. Fortschreitende Besserung. Kann in der Familie weiter verpflegt werden. Gewicht von 36 auf 38·5 Kilo gestiegen.

Verlauf: Vollständige Heilung nach weiteren 6 Wochen.

Die ganze Krankheit hat also circa 10 Monate gedauert. Auf die Periode der stärkeren Wahnbildung ist eine bedeutende ängstliche Erregung gefolgt, welche zu einem apathischen Zustand überleitete, aus welchem die Kranke allmählich vollkommen zur Norm zurückkehrte.

Das theoretisch Interessante des Falles liegt in der Aufeinanderfolge von Symptomen, in dem Auftreten von Wahnideen auf Grund der schon vorhandenen Gemüthserkrankung und ihrem spurlosen Verschwinden nach Abblassen des Angstaffectes. Der Zustand von Apathie bildet, wie auch so oft der völlige Stupor, der nur die extreme Steigerung der Apathie ist, die Brücke vom Höhestadium der Krankheit zur Genesung.

Um die Thatsache hervortreten zu lassen, dass im Verlauf der Melancholie Wahnbildungen zustande kommen können, welche symptomatisch der Paranoia sehr ähnlich sehen, aber pathogenetisch und prognostisch ganz verschieden sind, gebe ich einen Ausschnitt aus einer Krankengeschichte, welche als Ganzes unzweifelhaft der Melancholie zugehört.

Fr. M., aufgenommen am 22. October 1892, im Alter von 49 Jahren.

Die Notizen vom 23. Juni 1893 (8 Monate nach der ersten Aufnahme) lauten: Führt seine Krankheit, die er für unheilbar hält (sein heftiges, unruhiges Wesen),

auf eine Infection vor circa 30 Jahren zurück, die „in seinen Knochen und überhaupt in seiner Familie“ stecke. Er zeigt ein förmliches System in der Beschuldigung der Syphilis als Ursache seines traurigen Zustandes.

Er führt den Ausspruch seines Hausarztes an: „Ihre Kinder sind nicht gesund.“ Professor G. habe gesagt: „Die Syphilis ist das Verderben der Menschheit.“ Seine Frau und seine Tochter seien durch Syphilis ruinirt. Es sitze in den Gliedern, in den Knochen. Woher seien denn die Gesässknochen immer so siedend heiss?! Der Herr Professor X. sage, es gebe keinen Rheumatismus, er und seine Familie hätten ihn bald da, bald dort, das sei eben die Syphilis! . . . Hier scheint eine ganz besonnene hypochondrische Wahnbildung vorzuliegen und doch handelt es sich dem ganzen Beginn und Verlauf nach um einen Fall von Melancholie mit symptomatischer Wahnbildung.

Anamnese: 28. September nach Geschäftsverlusten Tentamen suicidii. Kugel in die rechte Schläfe, chirurgische Entfernung derselben. Darauf wurde seine Gemüthsstimmung eine Weile besser. Jedoch bald wieder Verkleinerungsideen: er wollte sich in ein Armenhaus aufnehmen lassen. Mehrfach Tentamina suicidii mit Mühe verhindert.

19. März (in der Anstalt). Sehr melancholisch erregt. Weint und jammert viel.

30. März. Seine Gemüthsverstimmung nimmt hypochondrische Formen an. Er spricht von „Wadenschwund“. Ganz unstet, läuft jammernd herum.

In der gleichen Weise gehen die Berichte weiter. Im Vordergrunde steht zeitweise die Wahnbildung. Trotzdem muss hier nach dem ganzen Verlauf die Diagnose auf Melancholie und nicht auf Paranoia gestellt werden.

Diese Auffassung ist durch den Verlauf gerechtfertigt worden, da sich bei M. mit dem Abblassen der Gemüthserregung auch die relativ so überwiegende Wahnbildung allmählich verloren hat.

Paranoia und Melancholie sind zwei durchaus verschiedene Krankheiten. Die „Bindeglieder“ zwischen diesen Krankheitseinheiten kommen nur dadurch scheinbar zustande, dass einerseits die Paranoia mit Gemüthsaffecten einhergehen, andererseits die Gemüthserkrankung Wahnbildung bedingen kann.

Manie.

Unter Manie ist symptomatisch ein Symptomencomplex von ungeregelter Ideenflucht und motorischer Erregung zu verstehen, mit welchem meist, aber durchaus nicht gesetzmässig ein rascher Wechsel lebhafter Stimmungen verbunden ist. Die Stimmungen, welche zwar meist heiter sind, aber auch vorübergehend einen weinerlichen oder zornigen Charakter zeigen können, sind durchaus als Begleiterscheinung, nicht als causa movens der Hauptsymptome zu betrachten.

Die Manie ist, wenn man alle durch bestimmte andere Krankheiten bedingten Aufregungszustände abzieht, eine sehr seltene Krankheit. Die erste diagnostische Aufgabe des Arztes, welcher zu einem Tobsüchtigen gerufen wird, muss darin bestehen, sorgfältig zu erwägen, ob der betreffende Patient an einer bestimmten Krankheit leidet, welche symptomatisch Manie vortäuschen kann. Bei Männern ist vor allem an progressive Paralyse zu denken und dem entsprechend genau auf tabische Symptome zu untersuchen.

An zweiter Stelle kommen Intoxicationen, vor allem Alkohol, in Frage, wenn es gilt, einen Fall von plötzlicher „Tobsucht“ aus dem rein symptomatischen Gebiet in das Gebiet der fassbaren Krankheitseinheiten zu bringen.

An dritter Stelle kommt Epilepsie in Betracht. Die anamnestischen Erhebungen müssen sich vor allem auf diese drei Punkte: progressive Paralyse, Alkoholintoxication und Epilepsie richten. Zugleich muss das Symptomenbild mit den bei diesen Krankheiten vorkommenden verglichen werden. Abgesehen von den oft begleitenden Tabeserscheinungen pflegen sich die paralytischen Erregungen entweder durch ihre Inhaltslosigkeit oder durch Sinnlosigkeit der Grössenideen auszuzeichnen. Lässt sich der Kranke für kurze Zeit fixiren, so lassen sich vielleicht Intelligenzdefecte nachweisen, welche dann den Schluss auf die paralytische Beschaffenheit der scheinbaren „Manie“ gestatten. Von den durch Alkohol bedingten Geistesstörungen kommen wesentlich die Tobsuchten nach übermässigem Alkoholgenuss und das Delirium tremens in Betracht. Die durch Alkohol bedingte Tobsucht hat meist einen rein motorischen, ganz elementaren Charakter und zeigt nie die eigentliche lebhafte, ungeregelte Ideenflucht der wirklichen Manie. Die Diagnose wird sich manchmal, wenn ein Arzt zu einem solchen acut tobsüchtig Gewordenen gerufen wird, durch den Geruch stellen lassen. Ferner kann die starke Congestionirung und der enorm rasche Puls auf den Alkohol als Ursache der Erregung deuten.

Auch das Delirium tremens kann manchmal für Manie gehalten werden, wenn man nur die motorische Erregung in Betracht zieht. Hier wird meist der Tremor und das Vorhandensein von Thiervisionen den Ausschlag geben. Ferner kann das bei Delirium tremens häufige Auftreten von Eiweiss im Urin in Betracht kommen. Die epileptischen Tobsuchten haben durchaus denselben Charakter wie die durch Alkohol bedingten schweren Aufregungszustände. Diese Aehnlichkeit, welche auf dem sinnlosen elementaren Bewegungsdrang bei Fehlen des associativen Ideenreichthums der Maniakalischen beruht, ist so überraschend, dass man die Tobsuchten nach Alkoholvergiftung vielleicht als das Sichtbarwerden einer latenten epileptischen Anlage auffassen kann. Für den Praktiker wird oft die grosse Anzahl von Narben und anderen Verletzungen (Nasenbeinbruch, Zungenbiss etc.) am Schädel und Gesicht eines acut tobsüchtig Gewordenen der Diagnose die Richtung auf Epilepsie geben.

Psychisch spricht das starke Vorhandensein von Hallucinationen und Verwirrtheit bei einer mit elementarer Gewalt auftretenden Tobsucht ohne Ideenflucht sehr für die epileptische Natur derselben. Ob eine Differenzirung zwischen den epileptischen Zuständen von Tobsucht mit Hallucinationen und Verwirrtheit einerseits und der echten hallucinatorischen Verwirrtheit, welche ebenfalls lebhafte motorische Reactionen bewirken kann, andererseits, möglich ist, werden wir später erörtern. Jedenfalls lassen sich beide trotz der Aehnlichkeit in Bezug auf den ganz allgemeinen Begriff der „Tobsucht“ psychologisch ganz gut von der Manie trennen und dementsprechend diagnosticiren.

Es frägt sich nun, mit welchen sonstigen, functionellen Geisteskrankkeiten die Manie verwechselt werden kann, d. h. also, bei welchen Krankheiten manieähnliche Erregungen vorkommen. Dass eine heitere Stimmung nicht nothwendiger Weise zur Manie gehört, ist schon gesagt worden. Es

könnten zunächst Verwechslungen vorkommen mit denjenigen Krankheitsformen, welche gleichzeitig Stimmungsanomalie und motorische Erregung zeigen.

In der That kann momentan eine agitirte Melancholie, welche ja eine solche Verbindung von Stimmungsanomalie und motorischer Erregung zeigt, einer Manie sehr ähnlich sehen, allerdings nur so lange, als man folgende Punkte ausseracht lässt:

1. das Fehlen von associativer Ideenflucht bei der Melancholie,
2. der positive, von der Gemüthsverstimmung bedingte Inhalt der Reden bei den melancholisch Erregten.

Ferner können im Verlauf des Wahnsinns und des Verfolgungswahns heftige Erregungen auftreten, welche sich dem Ungeübten als Manie präsentiren, weil sie nicht nur eine motorische Erregung, sondern auch einen schnellen Ablauf von Vorstellungen zeigen. Jedoch ist der Bewegungsdrang dieser auf Grund von Wahnbildung Aufgeregten viel weniger elementar als bei der Manie, erscheint vielmehr immer motivirt durch im Sinne des Wahns zweckmässige Vorstellungen. Ferner zeigen die Vorstellungen dieser paranoïsch Erregten bei ihrer Geschwindigkeit, welche durch den Affect bedingt sein kann, einen ganz geschlossenen, im Sinne des Wahns correcten Inhalt, nie das ungeregelte, rein associative Wesen der echt maniakalischen Ideenflucht.

Ferner kommt in Betracht die hallucinatorische Verwirrtheit, welche starke motorische Erregung bewirken kann. In diesem Punkt muss die Grenze der Manie entschieden enger gesteckt werden, als es noch vor einiger Zeit geschehen ist. Eine tiefere Verwirrtheit kommt bei der eigentlichen Manie nie vor. Es handelt sich in solchen Fällen fast immer um Paralyse, Alkoholismus oder Epilepsie; in den wenigen Fällen, wo das nicht zutrifft, um eine von der Manie durchaus verschiedene functionelle Geistesstörung, welche eben sensu strictiori hallucinatorische Verwirrtheit genannt werden muss.

Beispiele: 1. Symptomatische Tobsucht bei progressiver Paralyse.

42jähriger Mann. Seit zwei Tagen plötzlich sehr erregt, wirft Alles durcheinander, schimpft und flucht, misshandelt seine Familie, redet viel durcheinander.

Bei der Aufnahme sehr erregt, schwer zu fixiren. Pupillen und Kniephänomene können erst nach circa 20fachen Versuchen beurtheilt werden. Rechte Pupille weiter als linke. Linke reagirt fast gar nicht. Patient spannt seine Beinmusculatur sehr an. Trotzdem gelingt es dreimal, einen Moment zu erhaschen, in welchem er die Beine hängen lässt. Beide Kniephänomene fehlen.

Diagnose: Progressive Paralyse mit Tabes dorsalis.

Nachträgliche Anamnese: Vor 10 Jahren Lues. Seit 3 Jahren ziehende Schmerzen in den Gliedern (tabische Schmerzen). Vor einem Jahr ohne äusseren Anlass 2 Tage lang viel Erbrechen (gastrische Krise).

Seit circa einem halben Jahr allmähliche Charakterveränderung, manchmal etwas Gedächtnissschwäche, er konnte jedoch seinen Beruf bis zum Ausbruch der Tobsucht versehen.

Verlauf: Nach 14tägiger Tobsucht beruhigt, zeigt dann deutliche Intelligenzdefecte. Nach $^3/_4$ Jahren Exitus letalis im paralytischen Anfall.

Befund: Hydrocephalus externus, Degeneration der *Goll*'schen Stränge, leichte Degeneration der Pyramidenseitenstränge.

2. Symptomatische Tobsucht bei Alkoholintoxication.

a) 17jähriger Schüler. Seit 3 Stunden schwer tobsüchtig, zerstört alles in seiner Umgebung, wälzt sich im Bett, schreit stark. Die Mutter behauptet, dass er bis zum Ausbruch der Krankheit, welche 2 Stunden nach der Heimkehr von einem Ausflug begann, ganz gesund gewesen sei, bezeichnet ihn als sehr solid und stellt die Möglichkeit von Alkoholmissbrauch durchaus in Abrede.

Status: Sinnloser Bewegungs- und Zerstörungsdrang, unarticulirtes Schreien. Keine Spur von rein maniakalischer Ideenflucht. Völlige Inhaltslosigkeit der wenigen Worte, welche er hervorbringt. — Es kann sich hier nur um einen epileptischen oder alkoholistischen Zustand handeln. Der Patient hat den eigenthümlichen Alkoholgeruch. Keine Narben, welche auf frühere epileptische Insulte deuten könnten.

Diagnose: Schwerer Rauschzustand.

Anamnese: Sehr fleissiger und solider Schüler. Nie viel getrunken. Oefter Schwindelanfälle. Manchmal hat er das Bewusstsein halb verloren, aber noch automatisch weitergesprochen. An dem Nachmittage vor Ausbruch der Erkrankung ein im ganzen genommen verhältnismässig kleiner Excess in Alkohol (5 Glas Bier).

Verlauf: Nach 4stündiger Erregung tiefer Schlaf. Hinterher völlige Amnesie.

Epikrise: Es handelt sich um einen Menschen, der früher Anzeichen von larvirter Epilepsie gehabt hat (Petit mal, absence). Die genossene Menge Alkohol steht in keinem Verhältnis zu der starken Wirkung.

Modificirte Diagnose: Durch Alkohol ausgelöster Status epilepticus bei einem mit larvirter Epilepsie behafteten Menschen.

b) 24jähriger Hausbursche. Heftig erregt, schlägt alles zusammen. Jammert, betet, weint durcheinander. Wälzt sich auf dem Boden. Die eigentliche maniakalische Ideenflucht fehlt. Seine Affecte erscheinen nicht durch Sinnestäuschungen bedingt. Sein Bewegungsdrang ist nicht durch zusammenhängende Vorstellungen veranlasst. Fuselgeruch aus dem Munde.

Diagnose: Schwerer Rauschzustand.

Anamnese: Keine epileptischen Züge. Oefter Alkoholexcesse. Am Tage vor dem Ausbruch der Tobsucht stark getrunken, Bier und Schnaps durcheinander.

3. Symptomatische Tobsucht bei Epilepsie.

30jähriges Mädchen. Schwer erregt, wälzt sich herum, schlägt mit den Beinen auf den Boden, dabei sehr verwirrt, hat anscheinend kein Motiv bei ihren Bewegungen, sondern einen elementaren Bewegungsdrang. Manchmal stösst sie ein Wort mehrmals hintereinander mit schreiender Stimme und scharfer Accentuation heraus.

An der Stirn und auf dem Kopf eine Menge kleiner Narben. Alter Nasenbeinbruch. Zunge nicht zu untersuchen, weil die Kranke nicht zum Heraussstrecken derselben zu bewegen ist.

Die psychischen Symptome sprechen gegen eine Manie: die Verwirrtheit ist zu gross, der Bewegungsdrang hat einen rein elementaren sinnlosen Charakter wie bei den epileptischen und alkoholistischen Erregungen. Kein Fuselgeruch. Die Erregung dauert bei der Aufnahme schon 12 Stunden an. Die vielen kleinen Verletzungen sprechen für einen Zustand, welcher häufig Traumata herbeiführt (Epilepsie). Aus diesen Ueberlegungen wird die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Epilepsie gestellt.

Prognose: Beruhigung nach einigen Tagen. Weiterbestehen der Epilepsie.

Anamnese: Im 16. Jahr erster epileptischer Anfall (Bewusstlosigkeit mit Krämpfen) ohne äussere Ursache. Seitdem circa 4 Jahre lang alle halben Jahre circa ein Anfall. Bis dahin wurde das Leiden von den Angehörigen kaum beachtet.

Im 20. Jahr öfter, circa alle 8 Wochen, ein Anfall. Im 25. Jahre eine Periode gehäufter Anfälle, dann wieder frei von grösseren Anfällen, nur öfter Schwindelanfälle und vorübergehende Unbesinnlichkeit. Im 28. Jahr Anfall von Tobsucht, eingeleitet von zwei epileptischen Anfällen, Dauer circa 8 Tage. Seitdem noch

zweimal Tobsucht, jedesmal von Anfällen eingeleitet. Die letzte Tobsucht brach ohne vorhergehenden Anfall aus.

Verlauf: Beruhigung nach 5 Tagen. Es kommt ein mässiger Grad von Schwachsinn mit seltenen epileptischen Anfällen zutage.

(NB. Diese mehrfachen Anfälle auf epileptischer Basis dürfen nicht als periodische Geistesstörung bezeichnet werden.)

4. Symptomatische Tobsucht bei Delirium tremens.

30jähriger Kaufmann. Kommt mit der Diagnose „Tobsucht" in die Anstalt. Er ist lebhaft erregt, rutscht am Boden entlang, scheint nach etwas zu greifen, wischt sich an den Fingern, als ob er da etwas wegziehen wollte. Redet lebhaft, erzählt viel, schimpft, lacht. Lebhafter Tremor der Hände, er sieht lauter bewegte Thiere, nach denen er hascht und schlägt, Ratten, Affen, Colibris, ferner sieht er Fäden an seinen Fingern, die er wegziehen will: im Harn Eiweiss. Kniephänomene und Pupillen normal.

Diagnose: Delirium tremens.

Verlauf: 3 Tage lang lebhafte Thiervisionen, dann Schlafsucht. Am dritten Tage verschwindet das Eiweiss. Tremor verschwindet erst nach acht Tagen. Restitutio ad integrum.

5. Symptomatische Tobsucht bei hallucinatorischer Verwirrtheit.

30jährige Frau. Heftige Agitation. Wirft sich rücksichtslos auf den Boden, stampft mit den Beinen, schreit, weint, lacht durcheinander. Sieht viele Gestalten, grässliche und freundliche, Teufel, helle Wolken, goldene Vögel, schwarze Fratzen, Engel. Springt aus dem Bett, wirft alles durcheinander. Hört Stimmen, denen sie folgen will.

Pupillen können nicht geprüft werden, Kniephänomene erhalten. Keine auf Epilepsie deutende Narben. Kein Tremor.

Hier ist die diagnostische Sachlage folgendermaassen:

Eine paralytische Erkrankung ist bei einer 30jährigen Frau von vornherein unwahrscheinlich. Auch bieten die Kniephänomene kein auf Tabes deutendes Zeichen. Für Alkoholismus, beziehungsweise Delirium tremens, könnte höchstens in Betracht kommen, dass sie manchmal Thiere (Vögel) sieht. Diese „Thiervisionen" treten aber hier relativ ganz in den Hintergrund vor der grossen Menge anderer Sinnestäuschungen.

Psychologisch ist das Wesentliche die grosse Verwirrtheit und die massenhaften Sinnestäuschungen. Es könnte nun Epilepsie in Frage kommen, wobei oft Sinnestäuschungen vorhanden sind. Aber bei dieser Krankheit sind die Sinnestäuschungen fast nie von solcher Reichhaltigkeit und phantastischen Buntheit. Ferner erscheint der Bewegungsdrang viel weniger elementar, als es bei der Epilepsie der Fall zu sein pflegt. Die Kranke zeigt meist Bewegungen, für welche ihre Sinnestäuschungen ein allerdings verworrenes Motiv abgeben. Es wird deshalb angenommen, dass es sich nicht um eine epileptische Verwirrtheit, sondern um eine hallucinatorische Verwirrtheit sensu strictiori handelt.

Anamnese: Keine Epilepsie. Kein Alkoholismus. Bisher immer gesund. Nach kurzem Prodromalstadium von Unruhe, Aengstlichkeit. Schlaflosigkeit Ausbruch der Krankheit.

Verlauf: Allmähliches Abblassen der Erregung, wechselnder Grad von Verwirrtheit. Restitutio ad integrum nach 4 Monaten.

6. Symptomatische Tobsucht bei hypochondrischer Verrücktheit.

36jähriger Mann. Sträubt sich heftig. Drängt wild nach der Thür. Schreit und tobt, trommelt gegen die Thür. Ruft, es gehe nichts mehr durch den Hals, der Leib sei voll Luft, es sei alles ausgetrocknet, das Haus werde verbrannt, die Luft sei verpestet. Manchmal plötzliche Steigerung der Erregung, in der er wild herumfährt, schreit, johlt, mit den Füssen stampft.

Hier liegt eine Bewegungsart vor, welche sich von dem elementaren Bewegungsdrang der Epilepsie und von den associativ lebhaften, wechselnden Bewegungen der reinen Manie durchaus unterscheidet. Es handelt sich immer um Bewegungen, welche im Sinne eines Wahnes motivirt oder durch einen aus dem Wahn entspringenden Affect bedingt sind.

Diagnose: Erregungszustand eines Paranoïschen.

Anamnese: Seit circa ³/₄ Jahren Entwickelung von hypochondrischen Wahnideen. Seit 5 Tagen heftiger erregt. Prognosis pessima quoad vitam psychicam.

7. Symptomatische Tobsucht (intercurrente Erregung) bei bestehendem Schwachsinn.

35jähriger Mann. Seit dem 22. Jahre nach kurzer Geistesstörung schwachsinnig. Wird zu Hause verpflegt. Von Zeit zu Zeit Aufregungen. Seit 3 Tagen macht er „dumme Sachen“, lacht viel, läuft mit dem Licht im Hause herum, ist widerspenstig, hat einige Gegenstände zerschlagen.

Status: Lacht blöd, ist gefügig, nur treibt er manchmal Kindereien. Inhaltsloses Gerede, keine Ideenflucht, kein richtiger Bewegungsdrang.

Diagnose: Schwachsinn mit intercurrenten Aufregungen. Kann nach wenigen Tagen wieder beruhigt entlassen werden.

8. Symptomatische Tobsucht bei primärem Schwachsinn in statu nascendi.

Der Ausbruch des primären Schwachsinns ist manchmal von stürmischen Erregungen begleitet, die sich durch ihren raschen Wechsel, die Incohärenz der Erscheinungen und den schwachsinnigen Inhalt der Vorstellungen, welche in den scheinbar melancholischen oder maniakalischen Stadien auftauchen, von vornherein als Initialsymptome des beginnenden Schwachsinns erkennen lassen.

Die differentialdiagnostische Auffassung dieser Aufregungen im Gegensatz zur Melancholie und Manie, welche beide eine sehr gute Prognose haben, ist gerade für den praktischen Arzt, welcher diese Zustände in statu nascendi zu sehen bekommt, von grösster Bedeutung.

Das Genauere kann erst bei der Behandlung des zu den degenerativen Psychosen gehörenden primären Schwachsinns gegeben werden.

Wir brechen hier die Beispiele für die symptomatischen Fälle von Tobsucht ab und stellen den leitenden Satz auf, dass eine Diagnose auf Manie niemals gestellt werden soll, wenn nicht vorher die Möglichkeit, dass es sich nur um ein Symptom einer anderen Krankheit handelt, sorgfältig erwogen ist.

Wir kommen nun zur Exemplificirung für die wirkliche, nicht nur symptomatische Manie und wollen auch hier nicht nur eine einfache referirende Darstellung geben, sondern die diagnostischen Gedankengänge, durch welche man in der Praxis zu der richtigen Auffassung der mit plötzlicher Aufregung ausbrechenden Psychosen gelangt, hervortreten lassen.

A. W., Bahnwärtersfrau, aus Wülfershausen, aufgenommen am 18. September 1890 im Alter von 40 Jahren. Heredität nicht zu ermitteln. Im 25. Jahre Heirat mit einem Manne, mit welchem sie vorher ein uneheliches Kind gehabt hatte. Während der Schwangerschaft, gegen das Ende derselben war sie circa fünf

Wochen geistig gestört. Damals hat sie viel gesungen und gebetet, ist fortgelaufen, hat fortwährend geredet, hat dabei die Leute gekannt und wusste alles, was um sie vorging. A. W. hat also nach diesen Angaben circa im 24. Jahre während der Schwangerschaft einen maniakalischen Anfall gehabt. Seitdem war sie andauernd normal. Vor $1^1/_4$ Jahren zweites Kind. Ohne dass irgend welche besondere Ereignisse vorausgegangen wären, begann ganz plötzlich wenige Tage vor der Aufnahme eine zweite Geistesstörung. Sie war seit Wochen in N. zum Obstmarkte. 3 Tage vor der Aufnahme kam sie zu Besuch nach Hause, war etwas aufgeregt, sehr eifrig in Bezug auf ihren Obsthandel, unwirsch gegen die Kinder. Als ein Kind sich unhöflich gegen sie benahm, sagte sie, sie wolle fort, sie wolle in den Main gehen. Ferner erzählte sie, dass sie viel Geld verdienen werde, sie werde am nächsten Tag 50 Mark von N. schicken. Sie wurde jedoch an diesem Tage von dem Ehemanne noch durchaus nicht für geisteskrank gehalten, sondern nur für „etwas erregt". Am nächsten Tage, als sie schon wieder nach N. zu dem Markt gefahren war, erfuhr er, dass sie am gleichen Tage Betten und Wäsche ins Pfandhaus getragen hatte. In N. wieder angekommen, wurde sie stärker erregt. Erhob Streit auf dem Markte, trieb Unfug, machte grosse Ausgaben, lief einem Eisenbahnzuge nach. Von N. abgeholt und sofort in die Klinik in W. gebracht.

Status bei der Aufnahme. Körperlich gesund und blühend. Pupillen und Kniephänomene normal. Redet fortwährend von Nürnberg, von der Polizei, von ihren fünf Kindern, vom Obsthandel. Springt aus dem Bett, redet die sie umgebenden Personen an, agitirt lebhaft, wirft alles durcheinander, küsst und beisst abwechselnd, wen sie erwischen kann. Ist bald heiter, bald zornig. Erkennt ihre Umgebung. Kann nur für kurze Zeit zur Aufmerksamkeit gezwungen werden.

In diesem Krankheitsbild sind die typischen Züge der echten Manie enthalten: die Ideenflucht mit lebhaftem associativem Wechsel, der Bewegungsdrang, der rasche Stimmungswechsel. Trotz dieser symptomatischen Klarheit des Bildes muss auch in solchen Fällen stets die Möglichkeit einer progressiven Paralyse in Betracht gezogen werden.

Hiergegen sprach nun einigermaassen der Umstand, dass A. W. schon vor 16 Jahren einmal einen Anfall von Manie gehabt hatte. Das Alter von 40 Jahren würde zur Annahme einer Paralyse gut stimmen.

Bei der völligen Abwesenheit von tabischen Symptomen hat man jedoch keinen Grund, die symptomatisch sich als reine Manie charakterisirende Krankheit einer 40jährigen Frau als durch Hirnparalyse bedingt aufzufassen.

Um eine epileptische Aufregung anzunehmen, lag kein Grund vor, weil bei dieser die typische Ideenflucht, welche in diesem Falle vorlag, fast immer völlig fehlt und die Kranke durchaus nicht verwirrt war, was bei den epileptischen Aufregungen die Regel bildet. Ebensowenig konnte das Bild mit der rein functionellen Verwirrtheit, bei welcher ebenfalls oft heftige motorische Erregungen vorkommen, verwechselt werden. Gegen Verwechslung mit den Erregungen bei den mit Wahnbildung einhergehenden Formen von Geistesstörung (Melancholie, Wahnsinn, Paranoia) schützte der Inhalt der rasch ablaufenden Vorstellungen.

Es handelt sich nicht um eine schnell ablaufende Reihe von zusammenhängenden Wahnideen, sondern um eine bunte Fülle von associativ locker verknüpften Vorstellungen.

Es musste also hier die Diagnose: Manie mit völliger Sicherheit gestellt werden. Dementsprechend war der Verlauf.

Nach achtmonatlicher Erregung, in welcher sie viel sprach, sang, lachte, tobte, riss, schlug u. s. f., völlige Genesung. Das Gewicht sank vom September bis October von 51 auf 45, stieg dann bis 54 Kilo.

Ein Muster von Ideenflucht mag folgende bei ihr am 21. November 1891 aufgenommene stenographische Nachschrift bieten:

„Lasset uns hintreten zu Tische des Herrn ich bin über Kreuz ich weiss nicht was ich thun soll Doctor Müller lebt noch, der Matrose Wirth auch noch, der Metz will seine Resel und der Tuhend seinen Hans, der Kobschreiner seine Schuh und ich meine Mira der Brnka-Hans will seine Hund und ich mein Schreiner von Afrika. Ich katt nicht mit und blei für 5 Pfennige die Sorge zurück, ich heisse Sichel und habe keine Rock auch kein Danaholz und kein Steinerdrucken und W. Hirt kein Weck und kein Graf kein Grafreinfeld Feld keine Soldaten kein Brot. Mehling habe ich aber keine Buben Milch habe aber keine Zwetschken Zwetschkenbrei etc."

In dieser Nachschrift einer mit grosser Hast, lebhaften Gesticulationen und fortwährendem Stimmungswechsel vorgetragenen Wortreihe ist nur selten noch ein klarer associativer Zusammenhang zu erkennen. Nur am Anfang befindet sich ein geschlossener Satz. Trotzdem kann kein Zweifel sein, dass diese Wortreihe aus einer ungezügelten inneren Association entspringt. Jedenfalls findet man bei Maniakalischen, wenn man ihre Wortreihen stenographirt, sehr oft hintereinander bald eine Periode, in welcher die associative Verknüpfung noch deutlich zu erkennen, bald eine Periode, in welcher sie nur schwer oder gar nicht mehr zu errathen ist. Insbesondere kommt es vor, dass das Wortgebilde als solches associativ weitergebildet und zu anderen, theils etwas bezeichnenden, theils ganz bedeutungslosen Gestalten verzerrt wird.

An diesem Fall von wirklicher Manie ist noch bemerkenswerth, dass die Kranke schon vor 16 Jahren einen ähnlichen kurzen Anfall gehabt hat. Man könnte auf Grund dieser Thatsache im vorliegenden Fall von periodischer Manie reden. In der That kann eine Grenze zwischen recidivirenden Geistesstörungen, wenn sie nicht durch causae externae (Alkohol, Cocain etc.) bedingt sind, und periodischer Geistesstörung nicht gezogen werden. Es wäre das im Grunde ein Wortstreit. Das Wesentliche dabei ist, dass in solchen Fällen die endogene Natur der Geistesstörung deutlich zutage tritt.

Diese typischen Fälle von Manie sind viel seltener, als man bei dem Lesen der psychiatrischen Lehrbücher, welche diese Krankheit meist sehr ausführlich behandeln, denken sollte. Das Wesentliche für den praktischen Arzt ist, bei allen mit plötzlicher Tobsucht auftretenden Geistesstörungen sorgfältig alle die anderen Krankheiten auszuschliessen (Paralyse, Epilepsie, Alkoholismus, hallucinatorischen Wahnsinn, Paranoia etc.), bei welchen Tobsucht als Symptom auftreten kann.

Die hallucinatorische Verwirrtheit.

Bevor wir zu der Beschreibung dieses Krankheitsbildes schreiten, müssen wir das Verhältnis der beiden Componenten, welche darin stecken „Hallucinationen" und „Verwirrtheit", zu einander abwägen. Alle Hallucinationen haben potentiell die Fähigkeit, Wahnbildung zu bewirken. Diese Wahnbildung wird desto kräftiger auftreten, je besonnener ein Mensch bei dem Auftreten uncorrigirter Sinnestäuschungen ist. Denn es handelt sich ja bei der durch Hallucinationen bedingten Wahnbildung nur um Verarbeitung von scheinbaren Wahrnehmungsthatsachen. Je verwirrter ein Mensch dagegen bei gleichzeitigem Auftreten von Sinnes-

täuschungen ist, desto weniger ist die Gefahr von Wahnbildung bei ihm gegeben. Hierauf ist die relativ gute Prognose der hallucinatorischen Verwirrtheit gegründet.

Es gilt für dieses Syndrom dieselbe diagnostische Regel, welche wir z. B. auf epileptische Anfälle, Tobsucht etc. angewendet haben, dass nämlich in der Psychopathologie immer zuerst nach der Grundkrankheit gesucht werden muss, aus welcher das psychische Krankheitsbild als symptomatische Aeusserung entspringt.

Z. B. ist das Delirium tremens psychologisch entschieden als eine hallucinatorische Verwirrtheit zu bezeichnen. Trotzdem wäre es unwissenschaftlich, sich mit dieser rein symptomatischen Diagnose zu begnügen. Es muss vielmehr hier, wenn die specielle Beschaffenheit der Hallucinationen nebst Tremor und Albuminurie es erlauben, die klare Diagnose auf Intoxication des Gehirns mit einem bestimmten Stoff (Alkohol) gestellt werden.

Auch bei anderen Vergiftungen kann ein Symptomenbild zustande kommen, welches diesen Namen „hallucinatorische Verwirrtheit“ mit Recht führen würde, wenn es nicht nothwendig wäre, diese Gehirnzustände materiell mit Bezug auf das einverleibte Gift zu benennen.

Ferner kann bei progressiver Paralyse und bei Epilepsie hallucinatorische Verwirrtheit auftreten. Schliesslich sind die Infectionskrankheiten als Ursache von hallucinatorischer Verwirrtheit zu nennen. Eine viel weniger greifbare Grundkrankheit als diese Vergiftungen nebst Paralyse und Epilepsie ist die „Erschöpfung“. Immerhin kann man wohl in den Fällen, wo nach einer wirklichen schweren Erschöpfung (Blutverlust, schweres Wochenbett etc.) dieser Symptomencomplex auftritt, von einer Erschöpfungspsychose reden und kann die Erschöpfung als Hauptkrankheit, die hallucinatorische Verwirrtheit als Symptom betrachten. Nun giebt es aber eine ganze Menge von Erkrankungen an hallucinatorischer Verwirrtheit, bei denen sich durchaus kein exogenes Moment, besonders keine Erschöpfung nachweisen lässt.

Diese Fälle müssen als gesonderte Gruppe aus dem Gebiet der functionellen Geistesstörungen ausgeschieden werden, mit deren einzelnen klinischen Formen diese Krankheit zeitweise manchmal grosse Aehnlichkeit hat.

Z. M. aus Westheim, Speuglersfrau, aufgenommen am 19. August 1893, im Alter von 27 Jahren. Heredität nicht zu ermitteln. Als Mädchen von 16 Jahren kurze Zeit geisteskrank. Ueber die Art dieser Geistesstörung nichts Näheres zu ermitteln. Epilepsie und Zustände, welche für larvierte Epilepsie sprechen könnten, sind bei genauester Exploration des Mannes nicht zu ermitteln. Vor circa 5 Monaten ist sie entbunden. Vor zwei Wochen das Kind entwöhnt. Die Krankheit begann nach einem Prodromalstadium von 8 Tagen, in welchem die Kranke über Kopfschmerzen klagte, acut am 13. August abends. Sie fiel bei ihrem Nachhausekommen dem Manne um den Hals und sagte: man habe ihr das Haar verbrannt, sie stinke, das sei der Teufel und die Hexen gewesen, die ihre Kinder umbringen wollten. Sie hatte ausgesprochene Sinnestäuschungen, jagte den Teufel durch das Zimmer, sah die Hexen im Zimmer durch die Luft fliegen, sah sie über dem Herd durch den Kamin fahren, unterhielt sich mit dem Pfarrer, den sie im Zimmer sah. Dabei machte sie sich Selbstvorwürfe, betete viel. Sie bringt kleinliche Dinge, über welche sie sich im gesunden Zustand nicht den Kopf zerbrochen hätte, in selbstquälerischer Weise vor. Schrie, sie werde verfolgt. — Das ärztliche Zeugnis spricht von „Verfolgungswahnsinn“ und „tobsüchtigen Erregungen“.

Diese anamnestischen Daten geben nun ein Bild, welches einzelne mit Melancholie verwandte symptomatische Züge aufweist: Sie machte sich Selbstvorwürfe und brachte Kleinigkeiten in selbstquälerischer Weise vor.

Es wäre aber durchaus gegen die von uns bisher durchgeführte pathogenetische Auffassung der psychopathischen Symptome, wenn jemand auf Grund dieser Züge die Z. für melancholisch erklären wollte.

Zugleich zeigt sie deutliche Wahnbildung. Auch hier müssen wir wieder davor warnen, jede Wahnbildung ohne weiteres mit dem Wort „paranoïsch“ zu belegen. Im vorliegenden Falle stehen zunächst die massenhaften Sinnestäuschungen im Vordergrund, und zwar zeigt sich bei diesen eine grosse Reichhaltigkeit, während im Verhältnis zu dieser die Wahnbildung („die Kinder werden umgebracht, sie sei verfolgt“) sehr gering erscheint. Aus dem ärztlichen Zeugnis erfahren wir noch, dass sie tobsüchtige Erregungen hatte. In der That sind derartige Fälle oft unter die Kategorie der Manie gebracht worden, mit welcher sie nur in dem sehr vieldeutigen Symptom der Tobsucht zusammenstimmen.

Bei der blossen Beurtheilung der Anamnese würde man sagen, dass es sich um eine acut ausbrechende Psychose handelt, in welcher massenhafte grösstentheils schreckhafte Sinnestäuschungen im Vordergrund stehen. Dadurch erfahren wir jedoch nichts von dem Symptom, welches gleich bei der Aufnahme in den Vordergrund des diagnostischen Interesses trat, nämlich von der schweren Verwirrtheit. In der That ist diese anamnestisch manchmal schwer festzustellen, weil die Umgebung der Kranken von den lebhaften Sinnestäuschungen derselben, beziehungsweise von ihren dramatischen Reactionen darauf ganz in Anspruch genommen wird.

Status bei der Aufnahme: Ist vollständig verwirrt und von Sinnestäuschungen beherrscht. Weiss nicht, wo sie sich befindet, weiss anscheinend nichts von den letzten Tagen und wie sie hergekommen ist. Trotz der massenhaften Sinnestäuschungen fehlt eine zusammenhängende Wahnbildung fast ganz. Sie reagirt nur in verworrener Weise auf ihre Sinnestäuschungen, schaut z. B. um die Bettschirme und in die Ecken, als ob sie da etwas suche. — Körperlich normal. Nur ist eine leichte Albuminurie ohne sonstige Symptome von Nierenkrankheit zu constatiren.

Es musste nun zunächst entschieden werden, dass es sich bei Z. nicht um eine hallucinatorische Verwirrtheit als Symptom einer anderen Krankheit handle. — Gegen progressive Paralyse, welche ausnahmsweise auch einmal mit derartigen psychischen Symptomen einsetzen kann, sprach die völlige Abwesenheit von tabischen Symptomen und das relativ jugendliche Alter.

Ebensowenig liessen sich alkoholistische Symptome nachweisen, welche es hätten glaubhaft machen können, dass eine atypische Form von Delirium tremens vorlag (Thiervisionen, Tremor). Nur ein Symptom liess sich ermitteln, welches öfter bei Delirium tremens vorkommt, nämlich Albuminurie. Die „Atypie“ des Delirium tremens geht jedoch erfahrungsgemäss nicht so weit, dass aus der Coïncidenz von Verwirrtheit und Albuminurie ein Delirium tremens diagnosticirt werden könnte. Man muss vielmehr sagen, dass Albuminurie in manchen Fällen von hallucinatorischer Verwirrtheit sensu strictiori vorkommt.

An dritter Stelle war zu erörtern, ob nicht ein epileptischer Zustand vorliegen konnte. In der That dürfte die Differentialdiagnose

zwischen einer epileptischen Verwirrtheit und einer echten hallucinatorischen Verwirrtheit aus dem blossen Befund selbst dem erfahrensten Diagnostiker kaum gelingen. In Bezug hierauf konnte zunächst nur gesagt werden, dass es bei sorgfältigster Anamnese nicht gelungen war, epileptische Züge zu ermitteln. Bemerkenswerth ist auch, dass sich am Kopf der Kranken keine Spur von alten Verletzungen, wie sie bei Epileptischen häufig sind, finden liess.

Immerhin musste bei Ausschluss von progressiver Paralyse und Alkoholismus die Möglichkeit der Epilepsie offen gelassen werden. Es liess sich also bei dem gegenwärtigen Stand der psychiatrischen Symptomatologie eine bestimmte Differentialdiagnose zwischer reiner hallucinatorischer Verwirrtheit und einem epileptischen Zustand nicht stellen.

Schliesslich kam noch eine Differentialdiagnose in Betracht, welche hier nur kurz angedeutet werden kann. Es kommt nämlich eine Anzahl von Fällen vor, welche symptomatisch meist als hallucinatorische Verwirrtheit zu bezeichnen sind, und die nach ganz acutem Ausbruch im Laufe von wenigen Tagen zum Exitus letalis führen, ohne dass die genaueste körperliche Untersuchung im Leben und am Sectionstisch eine Organerkrankung als Ursache des rapiden Todes ermitteln könnte. Diese Fälle, welche ihrem Verlauf nach an die acute progressive (Tabes-) Paralyse erinnern, zeichnen sich durch die völlige Abwesenheit von tabischen Symptomen aus. Wahrscheinlich handelt es sich um eine eigene Krankheit, welche früher schon beobachtet und zum Theil unter der Rubrik „Delirium acutum" untergebracht worden ist. Eine stringente Symptomatologie dieser Krankheit, welche die letale Prognose mit Sicherheit ermöglichen würde, kann zur Zeit nicht gegeben werden. Ich begnüge mich deshalb mit folgendem Merksatz für das Bedürfnis der Praxis:

Wenn bei einer hallucinatorischen Verwirrtheit, deren Erklärung als paralytisches, alkoholistisches, epileptisches, Infectionsdelirium etc. sich als unmöglich erweist, zu den blossen psychischen Symptomen auffallende körperliche Symptome treten (Fieber, Innervationsstörungen, Prostration etc.), so ist die Prognose quoad vitam eine zweifelhafte. Am wenigsten bedenklich und noch in den Rahmen der echten hallucinatorischen Verwirrtheit gehörig ist eine leichte Albuminurie, wie sie auch im vorliegenden Falle vorhanden war.

Es waren also drei diagnostische Möglichkeiten vorhanden.

1. Epileptisches Aequivalent. Prognose: Rückkehr des klaren Bewusstseins nach einigen Tagen. Weiterbestehen der Grundkrankheit.

2. Delirium acutum. Prognose: Exitus letalis in wenigen Tagen.

3. Reine hallucinatorische Verwirrtheit. Prognose: Wahrscheinlich Restitutio ad integrum, eventuell mit bleibender geistiger Gesundheit.

Ich gebe nun den weiteren Verlauf des Falles:

19. August 1893. Ganz verwirrt, antwortet entweder gar nicht oder Bruchstücke von Sätzen. Starke Salivation: knirscht manchmal mit den Zähnen. Springt oft in einer sinnlosen Weise aus dem Bett, ohne dann weitere Handlungen (Entweichen etc.) anzuknüpfen.

20. August. Tiefe Verwirrtheit. Spricht oder lallt vielmehr nur vereinzelte Worte. Ganz sinnlose Bewegungen. Temperatur gestern abends 38·5°. Alle Anzeichen einer Infectionskrankheit fehlen, speciell ist für Typhus abdominalis kein Symptom zu finden.

Wir müssen hier auf die oben übergangene Möglichkeit zurückkommen, dass solche psychische Bilder als Symptome einer schweren Infectionskrankheit auftreten können. Da bei der Aufnahme sonst nicht das geringste Symptom einer solchen vorlag, so konnten wir diesen Punkt bisher übergehen.

Nun aber nach der Steigerung der Verwirrtheit und Auftreten von Fieber musste die Frage nochmals sorgfältig geprüft werden. Es fand sich jedoch kein einziges greifbares Symptom einer bestimmten Infectionskrankheit.

Gerade dadurch wurde in einer Beziehung die Prognose nun schlimmer, weil eben bei Abwesenheit von paralytischen, alkoholistischen und epileptischen Delirien und bei Ausschluss einer Infectionskrankheit im Hinblick auf eine schwere hallucinatorische Verwirrtheit durch das Auftreten von körperlichen Krankheitssymptomen, speciell Fieber, der Verdacht auf acute Paralyse in dem oben angedeuteten Sinne (nicht auf acute progressive Tabes-Paralyse) wächst. Jedenfalls war durch das Hinzutreten dieses Symptoms die Prognose sehr dubiös geworden.

20. August. Abends. Heute früh Temperatur 36·7°. Zähneknirschen. Schaumiger Speichel am Munde. Vollständig verwirrt. Gegen Morgen einige Stunden geschlafen.

22. August. Motorische Unruhe hat zugenommen. Sie reisst alles von sich. Bringt ganz abgerissene Worte vor, springt aus dem Bett und rennt sinnlos gegen die Gegenstände. Muss wegen Gefahr der Selbstverletzung andauernd gehalten werden. Temperatur früh 37·2°, mittags 37·0°.

23. August. Die ganze Nacht sehr erregt, ganz sinnlos. Hat noch keinen zusammenhängenden Satz gesprochen. Keine Sitophobie. Keine Krämpfe.

24. August. Eiweissmenge im Urin geringer. Schwer verwirrt, sinnlose Unruhe. Motivlose Bewegungen.

Das Wesentliche im Verlauf während dieser Tage ist das Zurücktreten der beiden körperlichen Symptome, welche bei Ausschluss von progressiver Paralyse, Alkoholismus, Epilepsie und Infectionskrankheiten die Diagnose im Sinne der acuten Paralyse etwas verschoben hatten. Trotz der schweren Verwirrtheit lag nun die Annahme einer reinen hallucinatorischen Verwirrtheit viel näher und damit besserte sich die Prognose. Auch für die Differentialdiagnose zwischen dieser rein functionellen Geistesstörung und den epileptischen Zuständen ist die Beobachtung über das relative Verhalten von Verwirrtheit, Albuminurie und Fieber wahrscheinlich von Wichtigkeit. Vielleicht wird man folgende Regel bestätigt finden: Wenn einerseits die Verwirrtheit, andererseits Fieber und Albuminurie, welche ebenfalls in epileptischen Zuständen auftreten können, pari passu verschwinden, so wird die epileptische Natur der Erkrankung wahrscheinlicher. Allerdings darf aus der Abwesenheit dieses Parallelismus kein Schluss gegen epileptische Verwirrtheit gemacht werden. Im vorliegenden Fall finden wir ein unverändertes Weiterbestehen der Verwirrtheit bei Verschwinden der Bedenken erregenden körperlichen Symptome: Albuminurie und Fieber. Es war also in dieser Beziehung kein Symptom für die epileptische Natur der Krankheit vorhanden, wenn diese auch nicht ausgeschlossen werden konnte.

30. August 1893. Immer noch verwirrt. Ihre Bewegungen zeigen immer noch einen sinn- und motivlosen Charakter. Bringt meist nur Bruchstücke heraus. Sagt: „Ich heisse doch nicht Z.“, drängt aus dem Bett, steht dann im Wachsaal

und weiss nicht, wohin sie soll. Dabei scheint sie ein dunkles verworrenes Krankheitsgefühl zu haben, sagt einmal: „Ich bin krank."

5. September. Hat offenbar viel Sinnestäuschungen, fürchtet sich vor den schreckhaften Gestalten, die sie sieht, hat manchmal ängstliche Wahnideen. Als aus Zufall ein Bettschirm umgeworfen wird, läuft sie durch den ganzen Saal und ruft: „Jetzt bringen sie mich um, ich habe doch nichts gethan."

Diese Notizen sind sehr bemerkenswerth. Nach einer Periode schwerer Verwirrtheit, die ungefähr von der Aufnahme (19. August) bis zum 31. August, also circa 12 Tage, dauerte, treten die Hallucinationen, welche in der Anamnese die Hauptrolle spielen, und mit den Hallucinationen die Wahnbildung wieder in den Vordergrund. Zugleich hiermit änderte sich der Charakter ihrer Handlungen, beziehungsweise Bewegungen, welcher bis dahin etwas elementar Sinnloses gehabt hatte. Mit dem Hervortreten der Hallucinationen und der Verringerung der Verwirrtheit bekommen ihre Bewegungen wieder mehr innere Motive.

8. September. Nachts sehr aufgeregt und gewaltthätig. Verwirrt, unter der Einwirkung von Sinnestäuschungen.

10. September. Hallucinirt stark. Täglich öfter schwere Angstzustände.

Diese Angabe ist im Hinblick auf das Verhältnis der psychiatrischen Symptome: Hallucinationen, Wahnbildung, Verwirrtheit und Affect von Interesse. Mit dem Auftreten von Hallucinationen tritt neben der Wahnbildung das affective Moment viel mehr in den Vordergrund, als es während der Zeit der schweren Verwirrtheit der Fall gewesen war. In diesem Zustande hätte man, wenn dieses Stadium aus dem Gesammtverlauf herausgelöst und isolirt betrachtet worden wäre, meinen können, dass die Angstzustände das Wesentliche und die Hallucinationen nur Begleiterscheinungen seien; hätte aber damit durchaus die empirische Basis des Krankheitsverlaufes, in welchem die Verwirrtheit das Wesentliche war, umgekehrt. Eine ähnliche Betrachtung muss man in Bezug auf die scheinbar paranoïschen Züge anstellen, welche bei dieser Kranken im weiteren Verlaufe noch intercurrent beobachtet worden sind.

16. September 1893. Weniger verwirrt, aber immer noch unklar über sich und ihre Umgebung. Viel Sinnestäuschungen. Findet in allen Handlungen der sie umgebenden Menschen eine Beziehung auf sich.

17. September. Zeigt anscheinend das Bild einer sich entwickelnden Paranoia. Sie glaubt sich von anderen Leuten beschimpft und verfolgt.

18. September. Sagt heute, sie werde mit Schande in die Welt gestossen werden, alle Menschen thuen ihr Schmach an, dabei sei sie doch immer so brav gewesen und habe das nicht verdient.

19. September. Bezieht häufiger das Benehmen anderer Kranker auf sich.

Hier wird an einem eclatanten Beispiele ersichtlich, wie falsch es ist, jede Wahnbildung als Paranoia zu bezeichnen. Wer die Kranke in diesem Stadium gesehen und sie auf Grund ihrer Wahnbildung für „paranoïsch" erklärt hätte, ohne ihre noch bestehende Verwirrtheit zu beachten, hätte in diagnostischer und desshalb auch in prognostischer Beziehung einen groben Fehler begangen. In der That waren bei ihr diese durch Hallucinationen bedingten Wahnbildungen nur Episoden, nicht das Wesentliche wie bei der Entwicklung der Paranoia. Bald darauf nahm ihre Wahnbildung einen mehr der Melancholie entsprechenden und desshalb wieder prognostisch günstigen Charakter an.

6. October 1893. Hat Krankheitsgefühl. Erinnert sich fast gar nicht an die Zeit ihrer Aufnahme. Hat Verkleinerungsideen. Sagt, das Mark sei ihr ausgesaugt. Klagt über ihren Kopf, zweifelt, ob sie wieder gesund werden könne. Sagt, sie müsse sich das Leben nehmen.

Alle diese Reden gehören symptomatisch durchaus ins Gebiet der Melancholie, während die eigentliche Krankheit der Z. mit dieser gar nichts zu thun hat.

Das Wesentliche bei ihr war auch in diesem Zustande immer noch die Verwirrtheit, nicht aber die proteusartig wechselnden Nebenzüge, welche bald mehr in den Rahmen der Paranoia, bald in den der Melancholie zu passen schienen.

Charakteristisch für diesen Zustand ist der folgende am 13. October 1893 geschriebene Brief:

„Ich bin halt immer von einem Eck ins andere gekommen. Es ist gerade so, wie heisst man doch die Beleuchtung? Ich war wie ausgebrannt — durch die Nase und durch alles habe ich Luft gehabt. Wie wenn ich ganz hohl gewesen wäre. Und jetzt schmeckt mir das Essen wieder. Aber ich habe gemeint, es sei Gift. Ich bin kein richtiger Mensch mehr. Ich weiss noch alles, wie meine Verhältnisse sich zugetragen haben. Aber ich bin unglücklich, ich habe keinen richtigen Schlaf mehr. Ich habe immer so einen Verfolgungswahn."

In der folgenden Zeit, welche bis zur völligen Genesung der Kranken Ende November 1893 führte, trat vor allem als merkwürdig hervor der starke Wechsel im Grad ihrer Verwirrtheit und die Gleichzeitigkeit der stärkeren Wahnbildung mit der geringeren Verwirrtheit.

Wir haben in der Einleitung zu diesem Capitel bemerkt, dass die relativ gute Prognose der hallucinatorischen Verwirrtheit wohl damit zusammenhängt, dass eben durch die Verwirrtheit die Wahnbildung bis zu einem gewissen Grade ausgeschlossen ist.

Für diese Betrachtungen sind die weiteren Aufzeichnungen über die Z. von Interesse.

16. October. Bittet häufig um Brech- oder Abführmittel, damit der Schleim herausgehe. Von dem frühmorgens ihr zur Benützung gegebenen Mundwasser meint sie, das thue ihr nicht gut, sie komme sich dann immer ganz vergiftet vor.

20. October. Sagt heute wieder, der ganze Leib sei ihr vergiftet, sie wolle sich gern operiren lassen, wenn es besser würde. Zu dieser Mittheilung ging sie mit dem Arzt geheimnisvoll ins Nebenzimmer.

22. October. Ist heute wieder ganz verwirrt und gleichzeitig frei von paranoïschen Reden.

23. October. Heute wieder klarer. Zugleich wieder Hervortreten von hypochondrischen Ideen. Bittet, sofort in eine andere Klinik gebracht zu werden, fühlt ihren Leib vergiftet.

1. November. Zeigt manchmal an einem Tage wechselnde Grade von Verwirrtheit. Besonders früh macht sie noch einen verwirrten Eindruck.

20. November. Allmählich sich steigernde Klarheit und Besonnenheit.

29. November. Geheilt entlassen. Krankheitseinsicht und Amnesie für den ganzen ersten Theil der Erkrankung.

In dieser Krankengeschichte ist deutlich ersichtlich, dass diese Krankheit in ihrem Verlauf eine Reihe von symptomatischen Zügen aufweisen kann, welche eine zeitweilige Verwechslung mit anderen functionellen Geisteskrankheiten verursachen können. Principiell müssen wir aus dieser Betrachtung lernen, dass es bei der Diagnose der Geisteskrankheiten nie auf

den blossen Bestand, auf das Rohmaterial der Symptome ankommt, sondern wesentlich auf die Art ihrer Verknüpfung.

Bei der Diagnose der hallucinatorischen Verwirrtheit steht der Ausschluss derjenigen Erkrankungen, welche diesen psychischen Zustand als Symptom mit sich führen können, im Vordergrund des Interesses. Wir wollen desshalb diese Differentialdiagnose wenigstens an einigen Beispielen erörtern.

1. Hallucinatorische Verwirrtheit als Symptom acuter progressiver Paralyse.

M. Th. aus D., Maurer, aufgenommen am 20. November 1893, im Alter von 48 Jahren. Bei der Aufnahme starke hallucinatorische Angst- und Aufregungszustände. Sehr verwirrt. Sieht Flammen, zusammenstürzende Häuser, entgleisende Eisenbahnen. Zeitweise ruhig, dann wieder in furchtbarer Erregung. Kniephänomen rechts fehlend. Pupillen: rechte weiter als die linke. die Reaction der letzteren ist sehr träg.

Obgleich das Vorkommen einer hallucinatorischen Verwirrtheit als Symptom einer progressiven Paralyse enorm selten ist, wird auf Grund der gleichzeitigen tabischen Symptome mit Sicherheit die Diagnose auf progressive Paralyse gestellt.

23. November. Stark verwirrt, sehr unruhig. Schreckhafte Sinnestäuschungen. Bemerkenswerth besonders Geruchstäuschungen. „Die Beine riechen so.“ Starke Nahrungsverweigerung.

3. December. Leistet gegen alles, was man mit ihm vornehmen will, Baden, Essengeben etc. einen heftigen Widerstand. Ist kaum im Bett zu halten. Rennt sinnlos gegen Wand und Thüren. Seine Reden sind meist ein unverständliches Gemurmel, manchmal schreit er laut auf und bringt Bruchstücke hervor, aus welchen seine schreckhaften Hallucinationen ersichtlich sind. Er sieht Eisenbahnunglücke, Ueberschwemmungen etc., klappert vor Angst, schreit z. B.: „Mainstrom und Rheinstrom sind leer.“ „Die Festung brennt.“ „Die Eisenbahn brennt.“ „Kein Wasser mehr da.“ Abends noch heftiger erregt. Oefter Zucken an allen Gliedern, sinnlose Verwirrtheit.

4. December Nach einem schwer verwirrten Zustand in der Nacht, heute früh Pulsverlangsamung auf 48, Zuckungen, Bewusstlosigkeit, Tod.

Die Krankheit, welche sich durch das gleichzeitige Vorhandensein tabischer Symptome deutlich als progressive Paralyse kennzeichnet, hat vom acuten Ausbruch bis zum Exitus letalis gerade 14 Tage gebraucht. Hier wäre die Diagnose auf reine hallucinatorische Verwirrtheit ein grober Irrthum gewesen.

2. Hallucinatorische Verwirrtheit als Symptom von Alkoholismus (atypisches Delirium tremens).

36jähriger Mann. Sehr verwirrt. Von schreckhaften Sinnestäuschungen beherrscht. Er hört schiessen, hört schimpfende Stimmen, will fliehen, schlägt blind auf seine Umgebung los. Keine Thiervisionen. Tremor. Albuminurie. Diagnose: Atypisches Delirium alcoholicum.

Verlauf: Verschwinden der Albuminurie nach 3 Tagen, der Verwirrtheit nach 5 Tagen, des Tremors nach 14 Tagen. Völlige Genesung von dem „Anfall“. Später Rückfall in Alkoholismus und zweites Delirium tremens mit Verwirrtheit und Thiervisionen.

3. Hallucinatorische Verwirrtheit als Symptom von Epilepsie (epileptisches „Aequivalent“).

A. R. aus St., Häckersfrau, aufgenommen am 22. Januar 1894 im Alter von 41 Jahren. 9 Tage vor Aufnahme in die Anstalt bemerkte der Ehemann bei der

nicht hereditär belasteten und niemals geisteskrank gewesenen Frau Zeichen von Geistesstörung. Bei der Rückkehr vom Besuch bei einer kranken Schwester, welche eine „hitzige Krankheit“ haben soll, war sie auffallend lebhaft und redete viel in verwirrter Weise. Es werde eine Aenderung vor sich gehen, man müsse die Sachen verkaufen, sie werde zu ihren Eltern kommen. Es gehe viel vor. Zusammenhang in diesen Reden konnte der Ehemann nicht aus ihr herausfragen. Dabei sah sie körperlich erschöpft aus. Nachts weckte sie den Mann, erzählte von der kranken Schwester. Es seien Verwandte bei ihr, welche die Schwester umbringen wollten.

Bei der Aufnahme: Schwer verwirrt, mit Sinnestäuschungen und verworrener Wahnbildung. Sie bringt Bruchstücke von religiösen Gedanken vor. Redet von Heiligkeit, Dreieinigkeit und Wahrheit. Verkennt Personen. Oft motorisch stark erregt. Puls und Temperatur normal. Keine sonstigen Spuren von Infectionskrankheiten (speciell Typhussymptome). Kein Tremor. Keine paralytischen, beziehungsweise tabischen Symptome.

23. Januar. Noch mehr verwirrt. Temperatur normal. Puls 110! bei geringerer motorischer Erregung. Keine Typhussymptome. Abends Temperatursteigerung bis 38°.

25. Januar 1894. Temperatur seit gestern wieder normal. Psychisch ist auf Stunden zu der Verwirrtheit eine starke Ideenflucht getreten. Sie greift alle Wahrnehmungen rasch auf, verarbeitet sie rasch, wenn auch in sehr verwirrter Weise. Gestern abends schwere Tobsucht. Muss circa $1\frac{1}{4}$ Stunden im Bad mit Mühe gehalten werden. Rennt, wenn man sie ausser Bett loslässt, sinnlos gegen Thüren und Wände. Puls 110, heute durch die Agitation erklärt.

27. Januar. Heute Urinuntersuchung möglich. Der filtrirte Urin enthält Eiweiss. Puls und Temperatur normal. Abwechselnd schwer verwirrt und tobsüchtig.

Es handelte sich hier wieder darum zu entscheiden, ob eine symptomatische Verwirrtheit auf Basis einer anderen Krankheit vorläge. Progressive Paralyse war wegen des Mangels an tabischen Symptomen weniger wahrscheinlich. Alkoholistische Züge fehlten ebenfalls bis auf die Albuminurie. Für eine Infectionskrankheit, speciell Typhus abdominalis, war kein Beweis zu erbringen. Es blieben als Möglichkeiten:

1. reine hallucinatorische Verwirrtheit,
2. Epilepsie,
3. Delirium acutum, welches jedoch nach Verschwinden des einen bedenklichen Symptomes (Fieber bis 38°) weniger wahrscheinlich war.

Eine Differentialdiagnose zwischen der reinen hallucinatorischen Verwirrtheit und epileptischen Verwirrtheit zu stellen, erscheint vorläufig noch unmöglich. Ueber das relative Verhalten von Verwirrtheit, Albuminurie und Fieber im Verlauf lag an diesem Tage noch kein genügendes Material vor.

Nachdem überhaupt durch diesen Gedankengang die Epilepsie in den Vordergrund der diagnostischen Möglichkeiten gerückt war, wurde nochmals die Anamnese aufgenommen, und erst jetzt gelang es, aus dem Ehemanne die für Epilepsie beweisenden Daten herauszufragen. R. hatte in ihren früheren Schwangerschaften mehrfach Anfälle von Bewusstlosigkeit mit Krämpfen. Ausserhalb der Schwangerschaften hat sie angeblich keine Krämpfe gehabt. Nur in der zweiten Nacht nach Beginn der Geistesstörung hat sie einen Anfall bekommen. Sie lag lang ausgestreckt im Bett, krampfte die Glieder zusammen, hatte die Finger eingeschlagen, war bewusstlos. Der Geistliche mit den Sterbesacramenten war deshalb gerufen worden.

Auf Grund dieser nachträglich herausgezogenen Thatsache wurde die mit Fieber und Albuminurie auftretende Verwirrtheit nun mit Bestimmtheit

als epileptische Geistesstörung aufgefasst und dementsprechend prognosticirt.

Verlauf: Bestehenbleiben der Verwirrtheit nach Verschwinden des Albumen. Zur Zeit (1894) noch in der Anstalt.

Prognose: R. wird sicher wieder auf den status quo ante zurückkehren.

In Bezug auf die Differentialdiagnose zwischen der reinen hallucinatorischen Verwirrtheit und der durch Infectionskrankheiten bedingten weisen wir hier nur auf das schon früher Gesagte zurück.

Bemerkenswerth ist, dass diese Krankheit öfter im Puerperium ausbricht. Es wäre jedoch ganz falsch, dieses Symptomenbild ausschliesslich als „Puerperalpsychose" zu bezeichnen. Das Puerperium ist ein Moment, welches in die allgemeine Aetiologie der Psychosen gehört, da erfahrungsgemäss die verschiedensten Formen von Geistesstörung in dem Puerperium ausbrechen können. Eine klinisch abgrenzbare Puerperalpsychose gibt es nicht, wohl aber kommt die hallucinatorische Verwirrtheit öfter im Puerperium vor.

Der hallucinatorische Wahnsinn.

Der hallucinatorische Wahnsinn muss von der Melancholie und der Paranoia, zu denen er manche symptomatische Beziehungen hat, klinisch getrennt werden. Die Anwendung des entwicklungsgeschichtlichen Gedankens, dass die Natur keinen Sprung macht, wonach bei den psychopathologischen Zuständen immer eine Form aus der andern sich durch unmerkliche Uebergänge ableiten liesse, kann hier nur zur Vermischung von pathogenetisch verschiedenen Dingen führen.

Es handelt sich um eine durch Hallucinationen bedingte Wahnbildung, welche bei Wegfall der Hallucinationen spurlos verschwindet. Da durch den Inhalt der Hallucinationen und die daran angeknüpften Wahnideen starke, besonders auch traurige Affecte ausgelöst werden können, so folgt daraus in manchen Fällen die symptomatische Aehnlichkeit mit der Melancholie. Da ferner Wahnbildung und Hallucinationen auch bei der Paranoia vorkommen, so kann die Krankheit mit dieser verwechselt werden. Ein Paranoïscher bleibt jedoch paranoïsch, auch wenn er nicht hallucinirt, ein Kranker mit hallucinatorischem Wahnsinn wird wieder vernünftig, wenn die Hallucinationen wegfallen. Bei der Paranoia sind die Hallucinationen Theilerscheinung der Krankheit neben der Wahnbildung, bei dem hallucinatorischen Wahnsinn Ursache zur Wahnbildung.

Es verhält sich dabei nun ebenso wie mit dem Begriff der Epilepsie. Ebenso wie hier eine Menge von Krankheiten in Betracht gezogen werden müssen, welche Epilepsie bewirken können und wie man erst nach Ausschluss aller dieser Fälle einen einzelnen epileptischen Anfall als Ausdruck von genuiner Epilepsie auffassen darf, so müssen bei dem Symptomenbild des hallucinatorischen Wahnsinns zuerst alle anderen materiell greifbaren Erkrankungen des Nervensystems (Intoxicationen etc.) und functionellen Geistesstörungen, welche symptomatisch hallucinatorischen Wahnsinn bedingen können, ausgeschlossen werden, bevor dieser Krankheitsbegriff im Sinne einer functionellen Geisteskrankheit sui generis angewandt wird. Immerhin giebt es nach Abzug aller durch anderweitige Erkrankung bedingten hallucinatorischen Zustände eine Reihe von Geistesstörungen, welche sich in

charakteristischer Weise als eine durch Hallucinationen bedingte Wahnbildung auffassen lassen und eine Krankheitseinheit bilden.

Es giebt also mehrere Krankheiten, bei welchen hallucinatorischer Wahnsinn als psychisches Symptom auftreten kann. In diesem Falle muss nach den Principien, welche wir bisher festgehalten haben, die Diagnose nicht auf das Symptom, sondern auf die Grundkrankheit gestellt werden. Die wichtigste von diesen Krankheiten ist der Alkoholismus, welcher öfter an Stelle eines typischen Delirium tremens ein Krankheitsbild bedingt, in welchem neben Tremor und Albuminurie psychisch heftige Gehörstäuschungen und dadurch genährter Verfolgungswahn (also symptomatisch gesprochen hallucinatorischer Wahnsinn) vorhanden sind. Wir haben derartige Fälle bei der Darstellung des Alkoholismus behandelt und haben besonders darauf hingewiesen, dass manche Fälle von „Gefängnispsychose“ nichts sind als ein atypisches Delirium tremens.

Zweitens ist der Cocainismus als Grundkrankheit mancher Fälle von hallucinatorischem Wahnsinn zu nennen. Ebenso sind Fälle von Vergiftung mit Cannabis indica bekannt, welche symptomatisch durchaus als hallucinatorischer Wahnsinn erscheinen.

Neben den Intoxicationen ist besonders Epilepsie öfter die Grundkrankheit, aus welcher hallucinatorischer Wahnsinn als Symptom entspringen kann.

Von den organischen Hirnerkrankungen ist die progressive Paralyse als allerdings sehr seltene Grundlage eines Symptomencomplexes, der dem hallucinatorischen Wahnsinn nahesteht, zu nennen.

Wir haben schon ausgeführt, dass auch im Verlauf der progressiven Paralyse Hallucinationen auftreten können, an welche naturgemäss auch Wahnideen angeknüpft werden können. Es ist jedoch in solchen Fällen aus der sinnlosen Art der Hallucinationen, oft aus der völligen Affectlosigkeit, aus der zusammenhangslosen Art der Wahnbildung und aus anderweitigen Intelligenzdefecten meist schon psychologisch sehr leicht, die Diagnose auf eine paralytische Erkrankung mit grosser Wahrscheinlichkeit zu stellen, die dann durch das sehr häufige Vorhandensein von tabischen Symptomen unzweifelhaft gemacht wird.

Wir stellen also als erstes Moment bei der Diagnose des hallucinatorischen Wahnsinns die Nothwendigkeit hin, eine organische oder intoxicatorische Erkrankung, welche sich symptomatisch darin äussern könnte, auszuschliessen.

Viel schwieriger ist die Abgrenzung des hallucinatorischen Wahnsinns von der Paranoia. Es können nämlich im Verlauf der Paranoia Steigerungen der Hallucinationen mit verstärkter Wahnbildung eintreten, so dass hier ein hallucinatorischer Wahnsinn als intercurrente Episode auftritt. Die Entscheidung, ob es sich um eine solche Exacerbation bei einer chronischen Paranoia handelt, welche letztere auch nach Abblassen der hallucinatorischen Erregung unverändert bleibt, oder ob es sich um einen hallucinatorischen Wahnsinn bei vorher intactem Geisteszustande handelt, ist nach Ausschluss der organischen und intoxicatorischen Erkrankungen, welche den Symptomencomplex bedingen können, der wichtigste diagnostische Punkt.

Eine differentialdiagnostische Entscheidung darüber aus dem blossen Status praesens ist zur Zeit wohl nur in sehr seltenen Fällen möglich; meistens wird hier noch das Hilfsmittel der Anamnese verwendet werden müssen.

Wir wollen zunächst die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten an einem Fall hervortreten lassen:

M. G., aufgenommen am 22. Juli 1893, im Alter von 33 Jahren, Pferdewärtersfrau. Geisteskrankheit in der Familie nicht zu ermitteln. M. G. war nach Aussage des Mannes immer etwas „oben hinaus“ Während der Ehe erbte der Mann einmal eine grössere Summe; seit dieser Zeit hat sie einen grossen Dünkel und Ueberspanntheit gezeigt. Sie war immer sehr eingebildet auf sich; sagte manchmal zum Manne: „Du kannst froh sein, dass du eine so kluge und schöne Frau bekommen hast.“ (Allerdings ist sie das in der That.) Sie war stets sehr eifersüchtig. Sie behauptete im vorigen Winter, er halte es mit anderen Mädchen, er habe ein uneheliches Kind, für das er 4 Mark täglich bezahlen müsse. Mehrere Male sind in diese Angelegenheiten Fremde hineingezogen worden, die dann durch Briefe die Unschuld des Mannes bezeugen mussten.

Sie ging jedoch in ihrem Verhalten nicht über das Maass hinaus, was in so manchen nicht ganz glücklichen Ehen erreicht wird, konnte jedenfalls von Niemandem für geisteskrank erklärt werden.

3 Tage vor der Aufnahme bezichtigte sie plötzlich ihren Mann des Mordes. Derselbe musste sie wegen des vermeintlichen Verbrechens auf den Knieen um Verzeihung bitten. In der Nacht schrie sie dann laut nach ihrem Manne und behauptete, dass Männer im Zimmer seien. Als Licht gemacht wurde, behauptete sie, die Gestalten seien gerade zur Thür hinaus. Sie sprang dann aus dem Bett und jagte eine imaginäre schwarze Katze aus dem Fenster.

Es handelte sich also um eine 3 Tage vor der Aufnahme ganz acut ausgebrochene schwere Geistesstörung bei einer Frau im mittleren Lebensalter, die früher ein etwas sonderbares Wesen gezeigt hatte, ohne dass wirkliche Spuren von Geistesstörung schon dagewesen wären. Die Anamnese passt nun sehr gut zu der Annahme eines atypischen alkoholistischen Deliriums mit schreckhaften Gesichts- und Gehörstäuschungen und Wahnbildung.

Dabei war besonders die Möglichkeit von weiteren „Thiervisionen“, abgesehen von der Hallucination einer schwarzen Katze in Betracht zu ziehen. Ferner ist in solchen Fällen sehr sorgfältig auf Epilepsie zu forschen, welche plötzliche hallucinatorische Erregungen bedingen kann.

Es zeigte sich folgender Status: Keine Missbildungen. Kniephänomene normal, Pupillenreaction normal, d. h. also keine tabischen, beziehungsweise auf die paralytische Natur der Geistesstörung deutenden Symptome.

Ebensowenig ist Tremor der Hände und Albuminurie vorhanden, was die alkoholistische Natur der Geistesstörung hätte verrathen können. Spuren von Verletzungen, welche die epileptisch Aufgeregten so oft an sich tragen, fehlen am Schädel. Dagegen hat sie am Arme drei kürzlich entstandene blaue Flecke, welche sie für „Zeichen“ hält, die ihr von den „Geistern“ gegeben worden sind. Thiervisionen nicht zu ermitteln. Sie hat in der Nacht viele Gestalten gesehen: Die Kaiserin von Oesterreich, die Mutter Gottes, den Prinzen von Hohenlohe. Sie hat nachts viele Stimmen von diesen Gestalten und auch, ohne dass solche Gestalten da waren, gehört. Hieran knüpft sie wechselnde Wahnideen. Sie ist die Tochter der Kaiserin von Oesterreich, was sie aus den drei Zeichen am rechten Arm erkennt. Ferner hat sie gefühlt, wie ihr die Gebärmutter herausgerissen wurde, sie will stundenlang ins Zimmer geblutet haben. (Sie soll das letztemal eine etwas profuse Menorrhoe gehabt haben.) Das Essen habe fürchterlich gerochen.

Sie behauptet, schon lange verfolgt worden zu sein.

Im Vordergrunde des psychischen Bildes standen also Hallucinationen, zum Theil heiteren, zum Theil schreckhaften Charakters, auf welche die Kranke mit lebhaften Affecten, Handlungen und Wahnbildung reagirte.

Die Behauptung, dass sie früher schon verfolgt worden sei, ist möglicherweise als retroactive Wahnbildung aufzufassen. Es lässt sich bei der sorgfältigsten Anamnese nicht ermitteln, dass sie vor Ausbruch der acuten Geistesstörung, abgesehen von der Eifersucht und dem hochfahrenden Wesen, einen positiven Verfolgungswahn gehabt hat.

Verlauf: Die Wahnbildung infolge von Hallucinationen tritt allmählich immer mehr in den Vordergrund. Sie behauptet, der Mann habe draussen auf dem Corridor gesprochen, dann sagt sie, sie sei gar nicht verheiratet. Der Mann sei ihr Bruder, sie seien zum Schein getraut worden. Auf andere Fragen gibt sie richtig Antwort.

Sie kann nicht eigentlich als „verwirrt“ bezeichnet werden. Allerdings hat sie in Bezug auf die letzten Tage keine ganz klaren Erinnerungen, erinnert sich nicht auf ihre Transferirung in die Klinik, ist aber in Bezug auf ihre Umgebung orientirt, wenn sie auch vieles nach Art der Paranoia umdeutet.

Es trat nun bei der Kranken, welche anderwärts beheimatet war, nach kaum zwei Tagen die Nothwendigkeit an mich heran, wegen eventueller Transferirung in die betreffende Kreisanstalt ein Urtheil über die Natur und die vermuthliche Dauer der Krankheit abzugeben.

Hauptsächlich musste entschieden werden, ob es sich nur um eine intercurrente Erregung bei einer längst Paranoïschen handelte, bei welcher eine Anstaltsbehandlung auch nach Abblassen der Erregung indicirt gewesen wäre, oder ob es sich um eine rasch vorübergehende, zur völligen Genesung führende Erkrankung handelte. Bei sorgfältigster Anamnese wurde das Bestehen einer früheren Paranoia trotz der paranoiaähnlichen Charakterzüge ausgeschlossen. Für das Auftreten der Hallucinationen mit Wahnbildung fehlte jede organische oder intoxicatorische Grundlage. Auch Epilepsie war auszuschliessen. Es wurde deshalb der Zustand als acuter hallucinatorischer Wahnsinn bezeichnet und eine günstige Prognose gestellt. Ich gebe nun den weiteren Verlauf:

28. Juli 1893 (6 Tage nach der Aufnahme, 9 Tage nach Ausbruch der Krankheit). Bisher andauernd unter dem Einfluss massenhafter Sinnestäuschungen, an die sie Wahnideen knüpft.

1. August 1893. Seit zwei Tagen sind die Hallucinationen völlig verschwunden, die Kranke ist ganz orientirt.

Sie macht jetzt mehr den Eindruck einer rein Paranoïschen. Sie glaubt, sie habe eine herrliche Stimme, singt viel, „um den Wärterinnen eine Freude zu machen“, bald rührend sentimental, bald kraftvoll pathetisch. Der Text ist meistens unverständlich. Prosa, und, soweit man es verstehen kann, eigenes Product. Singt sie ein bekanntes Lied, so geht sie schon nach wenigen Worten von der gewöhnlichen Melodie ab und in einen hochtrabenden Opernstil über.

2. August. Hat sich bei dem gestern erfolgten Besuch des Mannes ganz verständig und freundlich benommen, an ihrer Familie Antheil gezeigt.

12. August. Da sie sich dauernd ganz normal benommen hat, da Wahnideen durchaus nicht mehr zu ermitteln sind und völlige Krankheitseinsicht besteht, heute nach Haus entlassen.

Die Krankheit ist in der That entsprechend der Diagnose „hallucinatorischer Wahnsinn“ wenigstens scheinbar rasch zur Heilung gekommen und kann bis dahin unmöglich mit einer Paranoia trotz mancher symptomatischer Aehnlichkeiten verwechselt werden.

Diese Kranke wurde nun am 19. December 1893 zum zweitenmale wegen heftiger hallucinatorischer Erregungen aufgenommen. Bei genauer

Anamnese zeigte sich nun, dass sie während der ganzen Zwischenzeit Züge von Verfolgungswahn geboten hat, dabei jedoch ganz gut ihrer Beschäftigung nachgehen konnte, dass also der Ausbruch der zweiten Erkrankung nicht plötzlich, sondern mit allmählicher Steigerung der Wahnideen aufgetreten ist. Ferner giebt der Mann nachträglich noch eine Reihe von Zügen an, welche das Bestehen von Verfolgungsideen auch schon vor dem ersten „Anfall" wahrscheinlich machen. Damit ändert sich die Auffassung des Falles entschieden in dem prognostisch ungünstigen Sinne der Paranoia und die stärkeren hallucinatorischen Erregungen müssen als intercurrente Exacerbationen eines paranoïschen Processes aufgefasst werden.

Entschieden anders liegt die Sache in dem folgenden Fall, der als Typus des hallucinatorischen Wahnsinns bei einem vorher geistig gesunden Individuum betrachtet werden muss.

H. K., Förster, aufgenommen am 6. August 1893 im Alter von 53 Jahren. Vater hat sich in einem Anfall von Melancholie erschossen. Zwei Söhne der Schwester des Vaters sind abnorm, der eine sehr „nervös", der andere hat mehrfach vorübergehende schwerere Störungen gehabt. Im individuellen Leben K.'s lässt sich nichts finden, was als Ursache einer Geistesstörung in Anspruch genommen werden könnte (weder Intoxicationen, noch Ueberanstrengung, noch starke Gemüthsbewegungen etc.). Die Erkrankung begann vor circa 14 Tagen mit Selbstbeschuldigungen. Dann zeigte sich intensiver Verfolgungswahn. Er schloss sich aus Angst vor der Polizei ein. Vor einigen Tagen schrieb er unter ein Formular, in welchem er zu der üblichen Zusammenkunft bei seinem Oberförster eingeladen wurde: „Jesus! Maria! Joseph!" Er glaubte, die Zusammenkunft bezöge sich auf ihn. Er ging zu der Versammlung, redete aber dort in sehr auffallender Weise im Sinne seines Verfolgungswahns. Zum Oberförster, dessen Zimmerdecke schadhaft war, sagte er: Das Loch sei blos deshalb in die Decke geschlagen, damit man seine Worte oben hören und aufschreiben könne. Zu seinen Collegen sagte er, er wisse ganz gut, dass die ganze Zusammenkunft nur seinetwegen statthabe.

Status praesens: Es fehlen alle tabischen Symptome, welche bei dem an der oberen Grenze des mittleren Lebensalters stehenden Manne die paralytische Natur seiner Geistesstörung wahrscheinlich machen könnten.

Hat einen melancholischen Gesichtsausdruck. Ist niedergeschlagen, sagt aber selbst, er hoffe auf Genesung. Die Ruhe in der Anstalt thue ihm gut. Keine Intelligenzdefecte. Benimmt sich anscheinend verständig. Am nächsten Tage bekommt er plötzlich einen schweren Erregungszustand. Betet dabei laut und viel.

9. August. Schwere, durch Hallucinationen bedingte Erregungen. Er wehrt sich gegen imaginäre schreckliche Gestalten, sieht den Teufel.

10. August. In letzter Nacht vereinzelte Thiervisionen: Spinnen und Schmeissfliegen.

11. August. Nachts wieder von Teufelserscheinungen geplagt. Er war stark erregt, betete, beschwor, sang Kirchenlieder, tanzte im Zimmer herum, sang und jodelte Jägerlieder, sperrte den Teufel ins Closet, nagelte ihn ans Fensterbrett.

Ueberblicken wir bis dahin den circa 20tägigen Krankheitsverlauf. Nach einem ganz kurzen Vorstadium von Selbstanklagen zeigt sich ein ausgeprägter Verfolgungswahn, welcher in starke hallucinatorische Aufregungen übergeht. Diese zeichnen sich durch die grosse Lebhaftigkeit der Reaction darauf und durch die eigenthümliche Selbstständigkeit der Erscheinungen aus. Der imaginäre Teufel macht sehr complicirte Dinge. K. sucht ihn ins Closet einzusperren und nagelt ihn ans Fensterbrett. Dabei zeigten sich Thiervisionen, welche die Frage

nahelegen mussten, ob es sich um einen Alkoholisten handle. Hierfür hätte noch der Tremor in Betracht kommen können, welchen K. auch in ruhigen Stunden zeigte. Es sprach jedoch die Anamnese, welche in diesem Falle mit aussergewöhnlicher Genauigkeit aufgenommen werden konnte, entschieden dagegen. Immerhin muss gesagt werden, dass bei einem Kranken mit Tremor, Thiervisionen und hallucinatorischem Wahnsinn die Möglichkeit der alkoholistischen Natur der Störung immer offen gelassen werden muss. (In diesem Falle hat sich freilich herausgestellt, dass auch nach Aufhören der Geistesstörung der Tremor dauernd geblieben und entschieden als angeborener, nicht durch Alkohol bedingter aufzufassen ist, so dass also dieses Symptom ganz aus dem Complex der Störungen herausfällt.) Entsprechend verlieren die Thiervisionen sehr an diagnostischer Bedeutung, wenn man ihr spärliches Auftreten mit der grossen Summe anderer Hallucinationen vergleicht. Es bleibt also wesentlich von dem Symptomencomplex nur die Thatsache schwerer hallucinatorischer Erregungen mit Wahnbildung, ein Symptomenbild, das allerdings mit oder ohne Tremor und Thiervisionen alkoholistischer Natur sein kann. Eigentlich kommt also hier als Argument gegen Alkoholismus nur die sehr genau zu erhebende Anamnese in Betracht. Ob sich die durch Alkohol bedingten Formen des hallucinatorischen Wahnsinns von den nicht dadurch bedingten rein psychologisch differenziren lassen, ist noch eine offene Frage.

Von grossem Interesse ist in diesem Falle nun das Verhältnis von Stimmungsanomalie und hallucinatorischer Erregung, welches in den folgenden Notizen hervortritt:

12. August 1893. Liegt schwer deprimirt im Bett und weist die Nahrung zurück. Die hallucinatorischen Stürme sind in den letzten Tagen zurückgetreten. In den Pausen zeigt er ein Paranoia-ähnliches, halb verwirrtes Wesen. Er ist unklar darüber, was die Vorgänge in seiner Umgebung bedeuten. Er sagt: „Es geht nicht mit rechten Dingen zu.“ „Ich weiss nicht, was das alles werden soll.“

14. August. Ist ruhig, bezeichnet sich als gesund. Hat aber dabei den Glauben, dass es aus mit ihm ist, dass er nicht mehr essen kann. Seine Reden machen manchmal einen affect- und zusammenhangslosen Eindruck.

Es ist ganz zweifellos, dass rein symptomatisch manche Aehnlichkeiten mit dem Bilde der Melancholie vorhanden sind: öfter deprimirte Stimmung, Nahrungsverweigerung, im Anfang der Krankheit die Selbstanklagen. Es ist auch zweifellos, dass solche Bilder vielfach zur Melancholie gerechnet worden sind. Nichtsdestoweniger würde die Auffassung der Erkrankung als Melancholie die wesentlichen Züge ganz beiseite lassen: diese bestehen in den hallucinatorischen Erregungen und der sich anschliessenden scheinbar paranoïschen Wahnbildung bei mässiger Verwirrtheit. Gegen Melancholie spricht ferner die oft intercurrent beobachtete Affectlosigkeit und Verwirrtheit.

Es fragte sich schliesslich, welche Beziehungen das Krankheitsbild zur Paranoia hat. Wer sich an das einzelne Symptom der Wahnbildung hält, wird allerdings den Fall zur Paranoia rechnen und die Art des Ausbrechens vielleicht noch durch das Wort acut kennzeichnen. Aber in diesem allgemeinen Sinn sollte man das Wort Paranoia nicht gebrauchen, ebensowenig als man alle Fälle von Epilepsie (bei progressiver Paralyse, Tumor cerebri, Porenkephalie, Alkoholismus, genuiner Epilepsie) zusammenfassen kann. Nicht jede Wahnbildung ist Paranoia, nur ist bei jeder Pa-

ranoia Wahnbildung vorhanden. Das Wort Paranoia muss ebenso wie das Wort Epilepsie auf eine bestimmte Krankheit von charakteristischem Verlauf eingeschränkt und von der blos symptomatischen Wahnbildung ganz getrennt werden.

Die Verfälschung des Bewusstseinsinhaltes durch eine von Hallucinationen bedingte Wahnbildung ist das Charakteristische der uns vorliegenden Erkrankung. Trotz der Gleichheit der isolirten Symptome (Hallucinationen und Wahnbildung) mit den Symptomen der Paranoia handelt es sich um pathogenetisch ganz verschiedene Zustände.

Es giebt in der physikalischen Medicin eine Anzahl von Beispielen, welche dieses verschiedene Verhältnis von zwei gleichen Symptomen bei zwei ganz verschiedenen Krankheiten erläutern, z. B. das Verhältnis von Nierenerkrankung und Gefässerkrankung. Entweder können diese Symptome von einander abhängig sein, indem die Gefässerkrankung von der Nierenerkrankung bedingt (gespannter Puls bei Schrumpfniere) sein kann, oder sie sind coordinirte Theile oder Folgezustände der gleichen Grundkrankheit (Bleivergiftuug). Aehnlich ist in der Psychopathologie das Verhältnis von Hallucinationen und Wahnbildung. In dem einen Falle, beim hallucinatorischen Wahnsinn ist die Wahnbildung durch die Hallucinationen bedingt, im anderen Fall (bei der Paranoia) sind sie Symptome oder coordinirte Erscheinungen einer Grundkrankheit. Der Satz: sublata causa cessat effectus, welcher für den hallucinatorischen Wahnsinn, aber nicht für die Paranoia gilt, hat sich im vorliegenden Falle wieder evident erwiesen, wie folgender Krankheitsverlauf beweist:

19. August 1893. Wird entschieden klarer. Hofft gesund zu werden. Hat theilweise Krankheitseinsicht, wenn er sich auch von den krankhaften Vorstellungen der letzten Zeit noch nicht ganz losmachen kann.

22. August. Hat Krankheitseinsicht; er gibt selbst seinem früheren Zustand den Namen Verfolgungswahn. Er habe den Zustand schon einige Tage zu Hause gehabt. Er habe gemeint, die Frau vergifte ihn. Er fängt nun zu weinen an, weil er doch immer gut mit ihr gelebt habe und nun doch so etwas habe von ihr glauben können.

Hier tritt das Verhältnis der drei psychologischen Momente: Wahnbildung, beginnende Selbstkritik und Gemüthsbewegung sehr klar hervor. K. weint, weil er sich nun Vorwürfe macht über die Thatsache, dass er über eine ihm theure Person Schlechtes denken konnte. Hier wird ersichtlich, dass ängstliche Verstimmung ein Symptom ist, welches alle möglichen psychopathischen Processe begleiten kann. Deshalb darf man durchaus nicht jeden Geisteskranken, welcher häufig weint, melancholisch nennen, ebensowenig wie man einen Kranken mit Hirntumor als „Epileptiker" bezeichnen darf, wenn er auch symptomatisch öfter epileptische Anfälle hat. —

Vor allem interessant beim Abblassen der Erkrankung waren nun besonders trotz schon völliger Besonnenheit die Reste von Wahnbildung. Er gibt selbst an, dass seine Nahrungsverweigerung auf dem Gedanken beruhte, er dürfe nichts essen. Später bekam bei ihm der Gedanke, dass das Einbildung sei, die Oberhand. Am 22. August gibt er an, dass er immer vieles auf sich beziehe. Er glaubt manchmal, dass der Staub auf ihn zugekehrt werde, dass ein Flecken am Fenster wegen ihm angeschmiert sei, Gedanken, welche er durch vernünftige Ueberlegung wieder entfernt.

29. August. Hat völlige Krankheitseinsicht und Besonnenheit. Bezieht manchmal noch fälschlich etwas auf sich und zweifelt daran, dass man es ehrlich meine. Corrigirt sich aber wieder.

30. August. In seinem Benehmen zwangsloser und lebhafter. Benimmt sich ganz besonnen. Wahnideen durchaus nicht zu ermitteln. Manchmal noch Ansätze zu Wahnbildungen, welche sofort corrigirt werden.

31. August. Er erzählt zu seiner Anamnese Folgendes: „Schon während des Sommers wurde ich von merkwürdigen Vorstellungen geplagt. Ich zweifelte an der Richtigkeit von Gesehenem und Gehörtem. Ich zeigte deshalb Leute, welche ich beim Forstfrevel ertappte, nicht an.* Ich machte mir Vorwürfe, dass ich nicht gebeichtet habe. In der Erinnerung erschienen mir wichtige Vorgänge gefälscht. Um diese Zeit verwickelte ich mich durch Weitercolportiren eines Gerüchtes betreffend einen anderen Beamten in Unannehmlichkeiten und musste eine Abbitte leisten, was mich sehr aufregte. Ich ging einige Tage später an jene Stelle im Walde, wo mein Vater sich erschossen haben soll, und betete. Am nächsten Tage war ich zu ängstlich, um in den Wald zu gehen, und blieb im Bett liegen. Nun hörte ich in allen Nebenräumen Stimmen, welche gegen mich sprachen, bekannte und fremde. Ich hörte, wie meine Familie sich besprach, mich zu vergiften: sah ferner, wie sie das Gift im Glase mischten und mir zu trinken gaben (offenbar wahnhafte Umdeutung eines wirklichen Ereignisses). — Auf der Fahrt habe ich die ganze Umgebung für verhext angesehen, hier in der Klinik sah ich durchs Fenster hindurch lauter runde Cisternen, in welchen Raben sich aufhielten und nach meiner Einbildung Menschenaas frassen. Ferner sah ich durchs Fenster den Hinrichtungsplatz (Umdeutung in Bezug auf das Gerüst einer im Bau begriffenen Kirche?) für meine Frau: deren Kopf habe ich fallen hören. Mein Sohn wurde auf dem Felde erschossen, ich sah, wie er niederstürzte.

Im Wachsaal erschien mir alles wirr und schrecklich durcheinander. Die Wärter habe ich für Hexenmeister gehalten. Zwei bestimmte Kranke im Saal (A. und H.) wussten nach meiner Meinung alles, was mich in meinem Leben betroffen hat. Dann schwand mir die Umgebung völlig. Ich hörte nur noch eine Stimme, welche mit mir mein ganzes Leben durchging und mit mir abrechnete. — Von da ab nahmen meine Sinnestäuschungen ab.“ K. konnte am 8. September 1893, also 6 Wochen nach Ausbruch der Krankheit, als ganz normal bezeichnet werden und ist bisher gesund geblieben.

Wir fassen also den hallucinatorischen Wahnsinn, soweit er nicht Symptom einer anderweitig bestimmbaren Krankheit besonders Alkoholismus und Epilepsie ist, als selbständige Krankheitsform mit günstiger Prognose auf und trennen ihn von der zu den Degenerationsprocessen zu rechnenden Paranoia, mit welcher er öfter grosse symptomatische Aehnlichkeit hat.

Die Katatonie.

Symptomatisch muss man bei dem Wort „Katatonie“ an einen Complex denken, in welchem Stereotypie von Haltungen und Bewegungen sich mit wechselnden Zuständen von Melancholie, Manie, Wahnsinn und Verwirrtheit verbunden zeigt. Diese Symptome kommen nun in ihrer Gesammtheit oder theilweise verknüpft auch bei einer Anzahl von anderen wohlcharakterisirbaren Krankheiten (progressive Paralyse, Herderkrankungen, Epilepsie etc.) vor. In allen diesen Fällen ist

---

* Für das Verhältnis von Zwangsvorstellungen zu Wahnbildung ist diese Angabe sehr interessant. Dieser Zug steht jedoch in der Anamnese zu isolirt da, um weitere Schlüsse zu erlauben.

die Diagnose nicht auf „Katatonie", sondern auf die betreffende Grundkrankheit zu stellen. Immerhin bleiben nach Abzug aller dieser Fälle mit rein symptomatischer Katatonie eine ganze Anzahl von Fällen übrig, welche als gesonderte Krankheitsform herausgehoben werden müssen.

Das Wesentliche für die Diagnose ist zunächst die Kenntnis der dabei zu beobachtenden sonderbaren Muskelzustände. Diese Kranken zeigen meist ein ganz stereotypes Festhalten von auffallenden Stellungen. Ein derartiger Kranker, dessen Photographie mir vorliegt, stand stundenlang auf dem rechten Fuss, während der linke im Kniegelenk gebeugt war; die Arme waren im Ellbogen gebeugt, das Gesicht nach rechts und oben gedreht, die Augen nach oben gerichtet, der Mund halb geöffnet. — Aus dieser Tendenz zur Beibehaltung einer einmal gemachten Innervation lassen sich zwei scheinbar einander widersprechende Symptome ableiten, welche sich bei dieser Krankheit finden: 1. Katalepsie, 2. der Negativismus. Bei der Katalepsie wird die künstlich ertheilte Gliederhaltung vermöge der Neigung zur Beibehaltung der Muskelzustände festgehalten. Steigt diese Tendenz noch mehr, so wird sogar jedem Versuch, ein Glied passiv aus der Lage zu bringen, Widerstand entgegengesetzt (Negativismus). Es liegt hier ein ganz ähnlicher Unterschied vor, wie im Gebiete des Hypnotismus zwischen Katalepsie und Starre. Alle diese Zustände sind durch willkürliche Innervation bedingt, der stereotype Grundzug aller ist das Festhalten einer einmal gemachten Innervation.

Aus der Tendenz zur Wiederholung von Bewegungsreihen, welche einmal gemacht sind, entspringen die sonderbaren manieähnlichen Bewegungsautomatismen, welche diesen katatonischen Zustand besonders noch vor dem rein kataleptischen auszeichnen.

Z. B. laufen solche Kranke mit sonderbaren Körperhaltungen stundenlang in einem bestimmten Raum hin und her, oder löffeln andauernd aus der Schüssel, welche schon von der Speise entleert ist, weiter, oder schlagen stundenlang in ganz stereotyper Weise mit der Faust auf das Bett. Die klinischen Erscheinungen dieses Zustandes sind ausserordentlich reichhaltig, je nach den Situationen, in welchen die Kranken sich befinden: das Charakteristische in Haltung und Bewegungsreihen ist immer die Stereotypie der Bewegungsimpulse. Diese zeigt sich in ganz besonderer Weise im Gebiete des seelischen Ausdruckes, besonders der Laute und der articulirten Sprache. Manche Kranke verziehen das Gesicht stundenlang zu einem grinsenden Lachen, oder stossen andauernd denselben gröhlenden Laut aus, oder bringen ein bekanntes oder neugebildetes Wort (z. B. Mamaku, Tinnamu etc.) immer im gleichen Tonfall wieder vor.

Die innere Entstehung dieser oft sehr seltsamen Wortbildungen gehört in das Gebiet der sonstigen Bewusstseinsvorgänge, welche diesen willkürlichen Muskelzustand begleiten. Die Entstehung der Wortbildungen hat an sich mit dem stereotypen Festhalten derselben nichts zu thun.

Mit der Beibehaltung der Bewegungsimpulse hängt offenbar der carikirte Nachahmungstrieb zusammen, welchen diese Kranken manchmal zeigen. Die vorgesprochenen Sätze werden einfach wiederholt, gesehene Bewegungen werden nachgeahmt und dann lange festgehalten. Die Stereotypie, d. h. die Tendenz zur stereotypen Wiederholung von Bewegungen ist das Grundmoment, welches sich bei dieser Krankheit in allen ihren

Phänomenen (Katalepsie, „kataleptische Manie“, Echolalie, Echopraxie, Verbigeration, Negativismus) zeigt.

Deshalb ist diese Krankheit sonderbarer Weise gerade der Manie, mit welcher sie manchmal von einem Ungeübten verwechselt werden kann, toto genere entgegengesetzt, weil bei dieser eine lebhafte, von einem Impuls zum anderen führende Association stattfindet, während bei der Katatonie gerade diese Weiterbildung einmal eingeschlagener Bewegungsimpulse fehlt.

Aus diesen Bemerkungen lassen sich eine Menge von kleinen Zügen, welche diese Kranken in einer für die Verpflegung wichtigen Weise zeigen, verstehen. Die Kranken sammeln eine enorme Menge Urin und Koth in sich auf, geben auf dem Closet nichts von sich und werden unreinlich, nachdem sie vom Closet wieder ins Bett gebracht sind. Durch die stereotypen Reib- und Kratzbewegungen können sie sich Wunden, besonders schweren Decubitus, zuziehen. Durch das Festhalten der Innervation des Gaumens wird das Schlucken des Speichels verhindert, der nun entweder herausläuft oder im Munde in automatischer Weise herumgespült wird. Durch das stereotype Geschlossenhalten des Mundes wird das Beibringen der Nahrung sehr gestört. Auch hier kann jeder neue Fall neue Einzelzüge bringen, welche nur richtig gedeutet werden, wenn der allgemeine Begriff der Stereotypie richtig angewendet wird.

Aus diesem erklärt sich nun auch die scheinbare Melancholie, welche solche Kranke intercurrent oft zeigen. Es handelt sich dabei meist um das abnorm lange Festhalten eines sprachlichen oder mimischen Ausdruckes für Schmerz und Unbehagen.

Pathogenetisch sind diese intercurrenten melancholischen Phasen der Katatonie völlig von der echten Melancholie zu trennen.

Das Charakteristische ist nun der functionelle Charakter in Bezug auf die Intensität dieser Stereotypie. Zunächst werden die starren Zustände oft plötzlich durch impulsive Acte unterbrochen. Nachdem der Kranke stundenlang in sonderbarer Haltung zusammengekrümmt im Bett gelegen hat, springt er plötzlich heraus, reisst einem Nachbar das Brot fort, oder wirft einen Tisch um, oder schlägt auf einen Wärter los, um dann sofort wieder zurückzuspringen und in die alte starre Haltung zurückzusinken. Durch derartige Excitationen kann momentan eine Verwechslung mit Manie möglich werden.

Neben dieser an Intenstität wechselnden Tendenz zur Beibehaltung von Innervationszuständen zeigt die Katatonie, welche häufig in einem Zustand dauernder Geistesschwäche endigt, bei dem Uebergang zum Schwachsinn, ähnlich wie die Dementia paranoïdes, eine Reihe von Zügen, welche symptomatisch Beziehung zur Paranoia, zum Wahnsinn und zur hallucinatorischen Verwirrtheit haben.

Auch hier ist ein auffallender functioneller Wechsel dieser Symptome zu constatiren, sowie eine rudimentäre Beschaffenheit derselben. Confuser Verfolgungswahn, Hallucinationen, hypochondrische Wahnvorstellungen, unklare Grössenideen können auftreten, manchmal von lebhaften Gefühlsreactionen begleitet. Manchmal gehen diese Symptome den eigentlich katatonischen voraus, manchmal kommen diese jedoch auch ganz plötzlich. Ein bestimmter Ablauf von Symptomen, derartig, dass etwa nach einer Periode von Depression ein paranoïsches Stadium oder Manie, dann Stupor, dann Katatonie aufträten, ist nicht vorhanden.

Möglicherweise kann die echte Katatonie nach Ausscheidung der Fälle, wo derartige Erscheinungen symptomatisch bei anderen Krankheiten auftreten, als ein Degenerationsprocess, als ein Ausbruch des primären Schwachsinns aufgefasst werden, welcher in Statu nascendi, abgesehen von den motorischen Symptomen, gewisse paranoiaähnliche Züge zeigt.

In manchen Fällen scheint sich dieser Degenerationsprocess in einigen Abstufungen zu vollziehen, derart, dass ein leichterer Anfall, nach welchem keine merkbaren Spuren von Schwachsinn vorhanden sind, vorausgeht und erst später der Abfall auf das Niveau der Demenz erfolgt. Einen derartigen Fall* wollen wir zunächst analysiren.

Feth, Balth., aus Untersambach, geb. 29. Juni 1864, Tüncher, war schon früher vom 20. August 1881 bis 3. October 1881 unter der Diagnose Stupor in der Irrenabtheilung des Juliusspitals. F. ist also in seinem 17. Jahre zum erstenmale geistig erkrankt.

Aus der damaligen Krankengeschichte sind folgende Daten hervorzuheben: „Vater scheint ein sehr beschränkter Mensch. Mutter lebt und ist gesund. Eine Schwester der Mutter war vorübergehend geisteskrank, drei gesunde Geschwister des F. leben. Als Kind war F. immer gesund, tüchtig, kräftig, lernte gut.

Vor sechs Wochen wurde ein Mann im Dorf erschossen. Pat. glaubte, man verfolge ihn deswegen, schloss sich immer ins Zimmer ein, hatte Angst vor Gensdarmen. Betete nun den ganzen Tag, wollte nichts als beten.

Bot bei der Aufnahme das Bild eines völligen Stupors. Weite Pupillen; starrt ins Leere; völlig reactionslos auf Anrufen. Absolut keine Schmerzäusserung bei heftigem Kneifen der Haut. Kopf und Extremitäten verharren vollständig in der ihnen passiv ertheilten, auch unnatürlichsten Haltung. Nur die Augenlider schliessen sich auf Berührung des Bulbus — sonst zeigt der ganze Körper absolut keine Bewegung, weder spontan noch reflectorisch. — Im Verlauf der Beobachtung trat der Pat. etwas aus der anfänglichen absoluten Starre aller Bewegungen heraus, jammerte viel vor sich hin, ging auf und ab; die Reactionen auf Schmerzreize kehrten wieder; die Hauptschwierigkeit bestand noch darin, dass er hartnäckig die Nahrung verweigerte, die ihm immer mit vieler Mühe eingegeben werden musste. Trotzdem wurde er von den besuchenden Eltern gegen ärztlichen Rath noch in diesem Zustand nach Hause genommen.“

Die II. Aufnahme in die psychiatrische Klinik zu Würzburg erfolgte am 29. September 1892.

Der ihn begleitende Stiefbruder giebt Folgendes an: Schon 14 Tage nach seiner Entlassung aus dem Spital im Jahre 1881 soll er soweit gebessert gewesen sein, dass er wieder bei seinem früheren Meister als Tüncher habe arbeiten können. Die ganze Zeit sei er normal gewesen und erst seit anderthalb Jahren wieder nachlässig in der Arbeit geworden. Seit zwei Monaten fing er an, viel in die Kirche zu gehen; kniete vor jedem Bild, schlug immerwährend das Kreuz. Er lachte viel und machte sonderbare Bewegungen.

Nur selten war er ärgerlich und schimpfte. Das kurze ärztliche Zeugnis spricht von Hallucinationen und religiösem Wahnsinn, während der Referent, Stiefbruder des F., davon nichts weiss.

Status am 29. September 1892. — Starke Asymmetrie des Gesichtes zu Ungunsten der linken Seite. Nase steht nach links. Am Hinterkopf einige oberflächliche, nicht mit dem Knochen verwachsene Narben. Sonst körperlich normal. Während des Aufnehmens der Anamnese macht er fortwährend stereotype Bewegungen; er kniet öfter auf den Boden, reckt seinen Hals weit nach hinten, zieht die Stirn in Falten, verzieht das Gesicht zu einem grinsenden Lachen, nimmt sonderbare Stellungen mit Armen und Beinen ein. Beim Hin-

* Cfr. Allgemeine Zeitschr. für Psychiatrie, Bd. L.

überführen in die Station legt er sich immerfort etwas nach rückwärts, ohne dass er eigentlichen Widerstand leistet (Negativismus). Seine ganze Musculatur ist in Spannung. Als er ins Bett gelegt wird, welches von der Thür entfernt sich in der Tiefe des Wachsaales befindet, drängt er fortwährend in einer höchst seltsamen Weise heraus (Stereotypie der Bewegungen). Er zieht die Knie ganz hoch, streckt dann die Beine zum Bett heraus, stemmt sich mit den Armen auf das Lager. Diese Bewegungen gehen nicht rasch und energisch wie bei einem Maniakalischen vor sich, sondern zeigen eine eigenthümliche „Zähigkeit“. Von der so gewonnenen Stellung drängt er nun in einer langsamen, aber sehr nachdrücklichen Weise mit dem ganzen Körper nach vorn. Er muss fortwährend ins Bett zurückgehoben werden, wodurch er keineswegs aufgeregter und heftiger in seinen Bewegungen wird: sondern er drängt immerfort in ganz stereotyper Weise mit einer Art von zäher Spannung und mit den ganz gleichen Bewegungen heraus. Dabei redet er gar nichts, hat keinen Ausdruck eines Affectes im Gesicht, sondern verzieht dieses krampfhaft, besonders im Frontalisgebiet.

Manchmal stösst er einen sonderbaren Laut ähnlich wie „Hm, Hm“ oder „ach Gottle“ heraus. Der Versuch, ihn durch consequentes Zurückheben an das Bett zu gewöhnen, wird nach circa zwei Stunden, in denen er fast mit photographischer Treue stets die gleichen Bewegungen beim Herausdrängen gemacht hat, aufgegeben, und es wird probirt, was der Kranke thut, wenn man ihm den Willen lässt.

Er kniet einige Schritte von dem Bett mit nach der Thür gewandtem Gesicht auf den Boden und rutscht in einer sonderbaren spinnenhaften Weise bis zur Thür. Dort drückt er den Kopf gegen die Thür, faltet die Hände und betet ununterbrochen das gleiche Gebet. Sobald man ihn ins Bett zurückträgt, wiederholt sich das gleiche Spiel. (Man kann sagen, dass bei Feth, sobald man ihn nicht in seinen Stellungen ruhig liess, seine Muskelspannung im gewissen Sinne einen maniakalischen Charakter annahm.)

Um ihn trotzdem ans Bett zu gewöhnen, wurde er, während er an der Thür kniete, in die Höhe gehoben und das Bett quer vor die Thür unter ihn gestellt. Er blieb nun ruhig im Bett mit dem Gesicht gegen die Thür gewendet knieen, steckte nur sein rechtes Bein in den engen Raum zwischen Bett und Thür, welcher durch den Thürrahmen bedingt ist. Nachdem auch dieser Raum verstopft war, blieb er ganz ruhig in der gleichen Haltung im Bett knieen (Stereotypie der Haltung), wiederholte fortwährend das gleiche Gebet.

So blieb er die ganze nächste Nacht und den Vormittag des nächsten Tages, während welcher Zeit die Thür ganz dem Verkehr entzogen wurde. Einen Versuch, die Thür zu erbrechen oder das Schloss zu öffnen, hat er während dieser ganzen Zeit nie gemacht. Mit den Knieeen an diesem bestimmten Ort schien sein Drang befriedigt. Er benahm sich durchaus anders als ein Maniakalischer, Paranoïscher oder hallucinatorisch Verwirrter.

1. October 1892. F. kniet jetzt nicht mehr mit dem Kopf gegen die Thür, sondern liegt im Bett ausgestreckt; hat immer das Gesicht krampfhaft verzogen, springt oft aus dem Bett und kniet hin. Dabei betet er Tag und Nacht, schlägt oft in einer ganz stereotypen Weise das Kreuz. Reagirt auf keine Anrede.

7. October. Schläft sehr viel. Viel ruhiger. Sitzt oft in ganz sonderbaren Haltungen im Bett. Nachdem ihm zuerst am dritten Tag Nahrung beigebracht wurde, hat er sich mit dem Löffel füttern lassen.

10. October. Der „manische“ Charakter tritt bei seiner Muskelspannung wieder mehr zutage. Er springt oft aus dem Bett, kauert nieder, wischt mit den Händen an den Füssen der Bettstelle. Reagirt manchmal auf einfache Fragen, stets richtig, aber nach auffallend langer Zeit.

16. October 1892. Bezeichnet die einzelnen Gegenstände seiner Umgebung treffend, kann sich aber in dem Zusammenhang der räumlichen und zeitlichen Verhältnisse nicht zurechtfinden. Er starrt die Gegenstände mit weit aufgerissenen

Augen und gefalteter Stirne an, so dass sein Gesichtsausdruck als der des grössten Erstaunens erscheint. Er wird sich nicht einmal klar darüber, dass er in einem Krankenhaus ist, obgleich er in einem Wachsaal im Bett liegt. Die Bettstelle als solche kann er richtig bezeichnen. Drückt sich auffallend häufig bei seinen Antworten in Conditionalform aus, z. B. Was ist das für eine Stadt? „Es könnte wohl Würzburg sein." — Seine Aufmerksamkeit für Rechenaufgaben ist ausserordentlich gut und nachhaltig zu erregen, während er äusserlich ganz ohne Reaction auf akustische Eindrücke (Geräusche, Fragen, Aufforderungen) zu sein scheint. Er macht oft nach mehreren Tagen die gleichen Fehler. (Wahrscheinlich auch aus dem Verharren von Bewegungsimpulsen zu erklären.)

Während er bei einer Frage, z. B. nach dem Namen eines Gegenstandes, sich nicht bewegt, erfolgt oft nach fünf Minuten noch eine richtige Bezeichnung des Gegenstandes.

Er stösst von Zeit zu Zeit, oft auch bevor er auf eine gestellte Frage richtige Antwort giebt, den Ruf aus: „Hm, Hm" oder „ach Gott".

18. October 1892. Auf die Frage, wie es ihm geht, antwortet er meistens: „Ich dächt', es ging mir gut" oder „krank kann ich grad nicht sagen" Betreffend das seinem hiesigen Aufenthalt Vorausgegangene weiss er nur, dass er mit einem Verwandten auf der Bahn gefahren und dass er in Würzburg ist.

20. October 1892. Liest gut. Schreib gut. Nur zögert er oft lange mit dem Anfang. Rechnet alle Multiplicationsaufgaben im Gebiete des grossen Einmaleins. Das Addiren dauert oft sehr lange.

30. October 1892. Drückt sich stets nur in der Conditionalform aus, z. B. auf die Frage: Wo sind Sie? sagt er: „Es könnt' eine Schule sein oder ein Wirthshaus." Wer bin ich: „Es könnt' der Herr König sein." Abgesehen von solchen thypothetischen Aussprüchen sind Wahnideen nicht zu ermitteln. Oft sagt er spontan: „Es könnt' doch gehen."

2. November 1892. Rutscht beständig auf der Bettunterlage herum und hat infolge dessen Decubitusneigung. Springt immer noch manchmal ausser Bett; lässt man ihn gewähren, so putzt er alles, Tische, Stühle, Betten sorgfältig mit seinem Rock oder Taschentuch ab, was er oft eine halbe Stunde lang fortsetzt, und nimmt während dieser Beschäftigung die wunderlichsten gezwungensten Stellungen ein.

15. November 1892. Pat. scheint beständig und andauernd in dem Zustand, in welchem sich jeder Mensch manchmal unmittelbar nach dem Aufwachen aus dem Schlafe für wenige Augenblicke befindet. Gähnen, Schlürfen, Dehnen und Strecken der Glieder, Stirnrunzeln. Sprechen während des lang hingezogenen Exspiriums, unbestimmte Ausdrucksweise, Nichtvollendung von Sätzen. Verwundertes Lächeln. Langsamkeit; stereotype Bewegungen. Dabei zwangsmässiges Innehalten von sonderbaren Stellungen des Körpers und der Glieder.

4. December 1892. Starrt oft 10 Minuten mit vorgestrecktem Kopfe zum Fenster hinaus auf denselben Gegenstand.

15. December 1892. Manchmal Erbrechen ohne erkennbare Ursache. Stets normale Temperatur dabei. Seine sprachlichen Reactionen erfolgen jetzt rascher als früher. Multiplicationen werden jetzt sehr rasch und richtig gelöst. Dagegen braucht er zu Subtractionen immer noch abnorm lange Zeit, z. B. zu 27 weniger 16 braucht er $^{3}/_{4}$ Minuten; 53 weniger 17 wird nach $^{5}/_{4}$ Minuten angegeben auf 43. Bei Wiederholung der Frage, ob 53 weniger 17 gleich 43 ist, sagt er nach 15 Secunden ja.

30. December 1892. Ist oft optisch an einen bestimmten Gegenstand längere Zeit gefesselt. Akustisch ist er zu keiner motorischen Reaction zu bringen.

15. Januar 1893. Lacht in der letzten Zeit viel, nicht über äussere Wahrnehmungen, sondern in einer unwillkürlichen krampfhaften Weise. Ist weniger gut zu fixiren und verlangt, sobald er ausser Bett ist, öfter und ungeduldiger nach Haus; drängt, in das Untersuchungszimmer geführt, nach Thüren und Fenstern.

13. Februar 1893. Erkennt das Untersuchungszimmer und Herrn Prof. *R.* wieder. Es ist jedoch immer noch deutlich, dass er kein klares Bewusstsein über seine Situation hat. Auf die Frage, was das für eine Anstalt sei, sagt er wieder in der hypothetischen Ausdrucksweise wie früher: „Es könnt' ein Wirthshaus sein." — Lacht häufig laut hinaus in einer eigenthümlich meckernden Weise, ohne äusseren Anlass. Springt dabei oft aus dem Bett. Hallucinationen und Wahnideen sind nie zu ermitteln gewesen.

23. Februar 1893. Ungeheilt entlassen nach der Kreis-Irrenanstalt, wo er sich zur Zeit (Herbst 1895) noch befindet.

Abgesehen von der allgemeinen Stereotypie der Bewegungen bei dem Kranken, steht seine optische Gebundenheit im Vordergrund des klinischen Interesses.

Um den Zustand aus der normalen Psychologie zu begreifen, müssen wir uns an jene Art von „Zerstreutheit" erinnern, welche daraus entspringt, dass man sich gerade zu intensiv in eine einzige Vorstellung vertieft, während alle associativen Verbindungen, welche die sogenannte „Orientirtheit" ausmachen, verschwunden sind. Die Verengerung des Bewusstseins beim Hypnotisiren gehört nicht hierher, weil diese suggerirten Vorstellungen ja gerade nur durch ihre specifischen Associationen im höchsten Grade wirksam sind. Im vorliegenden Falle scheint es sich um eine Einschränkung des Bewusstseins durch völlige Fesselung von Seiten eines sinnlichen Eindruckes ohne Mitwirkung von specifischen Associationen zu handeln.

Das Festhalten des einmal erregten Zustandes ohne associative Weiterbildung scheint der Grundzug des vorliegenden Falles zu sein. Was wir bisher in Bezug auf das Haftenbleiben am Optischen ausgeführt haben, trifft nun auch für die Prüfung des Rechnens zu. Selbst dann, wenn die richtige Lösung ganz zu versagen schien, hielt F. die durch Worte gestellte Frage sehr gut in der Erinnerung. Auch hier ist anscheinend die Verzögerung der Reaction eine Folge von dem völligen Gebundensein durch den Wortlaut der Aufgabe oder Frage und ist nicht durch „Widerstände in der Nervenleitung" zu erklären.

Die Rechenfähigkeit ist potentiell erhalten, aber die Fesselung, welche F.'s Bewusstsein durch den blossen sinnlichen Wortlaut der Frage erleidet, lässt ihn nur schwer zu der Rechenthätigkeit kommen. Dieses Gebundensein ist oft so stark, dass an einigen Tagen in Bezug auf das Dividiren völliger Intelligenzdefect vorgetäuscht wurde, während F. an anderen Tagen wieder leidlich dividiren konnte. Die Thatsache, dass F. die stärksten Verlangsamungen der Reaction und zum Theil völlige Unfähigkeit beim Dividiren, viel geringere dagegen beim Multipliciren zeigte, will ich hier nur scharf hervorheben, nicht zu erklären suchen. Vorläufig stelle ich nur die Thatsache fest, dass es sich bei F. nicht um einen gleichbleibenden Intelligenzdefect, sondern um wechselnde functionelle Störungen handelt, wahrscheinlich bedingt durch den wechselnden Grad von „Gebundenheit". Es ist nun bei F. ein Phänomen beobachtet worden, welches dieses Festhaften des einmal Vorgestellten in einer ganz überraschenden Weise illustrirt, nämlich das mehrfache Auftreten von gleichen Fehlern, das unmöglich als Zufall aufgefasst werden kann. Die einmal gemachte Innervation scheint bei F. eine abnorm lang dauernde Neigung zur Wiederholung zurückzulassen, so dass auch bei späterer Wiederholung einer Rechenaufgabe in der Antwort dieselbe, wenn auch falsche Reihe von Innervationen noch nach mehreren Tagen bei F. vor sich geht. Hier

sind wir aus dem rein Psychologischen in das Gebiet des Motorischen übergegangen und sehen, dass sich dabei der gleiche Grundcharakter kundgiebt.

F. zeigt kataleptische Züge, verbunden mit einer Anzahl von plötzlichen Bewegungsantrieben, welche dem Fall manchmal einen maniakalischen Anstrich geben, sich aber durch ihre Monotonie und Stereotypie durchaus von dem associativ lebhaften Bewegungsdrang der Maniakalischen unterscheiden. Was ist nun der gemeinsame Grundzug der Katalepsie und dieser Art von stereotypem Bewegungsdrang? Derselbe liegt in der Constanz, in dem constanten Trieb zur Wiederholung von Innervationen, bei der Katalepsie zur Wiederholung einer Haltung, bei diesem die Katalepsie complicirenden Bewegungsdrang zur Wiederholung einer Bewegungsreihe. Ich halte die Katalepsie nach einer Reihe von Beobachtungen an anderen Kranken in allen Fällen, wo sie auftritt, besonders auch bei der Hypnose, für ein durchaus psychisch bedingtes Phänomen infolge der Concentration des Bewusstseins auf die Innervation der Musculatur, meist bei Ausschaltung des Ermüdungsgefühls und der das Selbstbewusstsein ausmachenden Associationen. — Ist diese Auffassung richtig, so erlauben beide sich scheinbar widersprechenden motorischen Phänomene, nämlich Katalepsie und „kataleptische Manie", wenn dieser Ausdruck erlaubt ist, die oben gegebene gemeinsame Deutung, dass es sich nämlich in beiden Fällen um zu lange festgehaltene Innervationen oder Bewegungsantriebe handelt.

Die psychischen und motorischen Erscheinungen lassen sich bei F. also sämmtlich unter einen Begriff bringen: Einschränkung des Bewusstseins auf einmal erregte äussere Eindrücke oder Innervationen.

Wir wollen zunächst noch versuchen, einige Beobachtungen der Krankengeschichte mit dem Gesagten in Verbindung zu bringen. Man konnte F. entschieden als „unorientirt" über Raum und Zeit bezeichnen. Trotzdem scheint mir der Begriff „Verwirrtheit" auf seinen Zustand nicht zu passen.

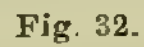
F. nahm seine unmittelbare greifbare und sichtbare Umgebung entschieden richtig wahr. Niemals hat er Handlungen gemacht, welche aus einer falschen, verworrenen Auffassung seiner Umgebung entsprungen wären. Trotzdem kamen bei der Frage, wo er sei, öfter Antworten, die auf eine Verkennung der Umgebung zu deuten schienen, allerdings fast immer in der merkwürdigen hypothetischen Form: z. B. „Es könnt' vielleicht ein Wirthshaus sein", oder auf die Frage: Wer bin ich? „Es könnte der Herr König sein". Im übrigen war von illusionärer Verkennung der Umgebung oder Wahnideen nie etwas wahrzunehmen.

Schon die complicirte grammatikalische Form der Antwort scheint mir gegen eine gewöhnliche „Verwirrtheit" zu sprechen. Vielleicht lässt sich auch dieser sonderbare Zustand aus der völligen Gebundenheit durch den unmittelbar sinnlichen Eindruck erklären. Die wenigen Associationen, die überhaupt wach werden, entstehen ganz langsam und werden in einer unsicheren und hypothetischen Weise zur Antwort verwendet. Jedenfalls scheint dieser Zug des Krankheitsbildes weder mit Verwirrtheit, noch mit Wahnbildung etwas zu thun zu haben.

Wir wollen nun diese Zustände kurz in den Zusammenhang der ganzen Krankheitsgeschichte einreihen. F., der erblich belastet ist, erkrankte in

seinem 17. Jahre zum erstenmal. Der Ausbruch der Krankheit erfolgte nach einem schreckhaften Ereignis anscheinend sehr plötzlich in Form von ängstlicher Erregung und Verfolgungswahn, wobei das Vorhandensein von Hallucinationen nicht sicher berichtet ist. 6 Wochen später bot er völlig das Bild des Stupors. 14 Tage nach der Entlassung aus dem Spital, also ca. $3^1/_2$ Monat nach Beginn der Erkrankung, war er angeblich wieder ganz gesund.

Die zweite Erkrankung brach 11 Jahre später, also in seinem 28. Jahre aus, nachdem er anscheinend schon längere Zeit nicht mehr so regelmässig


Fig. 32.



Abersfeller im kataleptischen Zustande.

wie vorher gearbeitet hatte. Ueber ängstliche Erregung ist diesmal nichts bekannt. Von einem bestimmten Affect kann bei F. nicht die Rede sein. Der jetzige Zustand kann unmöglich als Stupor bezeichnet werden. Die beiden Anfälle stimmen also in ihrer Form durchaus nicht überein. Nur könnte man gewisse bei der zweiten Erkrankung aufgetretene stereotype Bewegungen, z. B. das Niederknieen, Kreuzschlagen, als Wiederholungen gewisser bei der ersten Erkrankung aus Affect oft gemachten Bewegungen auffassen. Es wird schon in der ersten Erkrankung der religiöse Charakter

seiner Erregung hervorgehoben, „er wollte nichts als beten“, und F. hat jedenfalls damals schon viel gekniet, was jetzt als Zwangstrieb bei ihm auftritt. Ferner bietet das kataleptische Moment des jetzigen Zustandes eine Aehnlichkeit mit dem früheren Zustand von Stupor. Trotzdem kann von einer wesentlichen Uebereinstimmung der Krankheitsbilder nicht die Rede sein.

Der jetzige Krankheitszustand ist als Katatonie zu bezeichnen. Die Prognose ist ungünstig.

Fig. 33.



Abersfeller mit katatonischer Gesichtsverzerrung.

Ganz entsprechend ist folgender Fall:

J. A., aus Obersinn, aufgenommen am 22. Februar 1893, im Alter von 22 Jahren, Schuhmacher. Vater trank viel. Geisteskrankheit in Ascendenz nicht zu ermitteln. Ganz normale Entwicklung, keine Epilepsie. Seit einem Vierteljahr zerstreut und unstät. Klagte über Rücken und Brust, hatte manchmal Angstanfälle. Bei der Aufnahme ängstlich widerstrebend gegen das Verbringen in die Wachabtheilung. Sagt stereotyp auf alle Anreden: „Ich weiss doch nicht.“

23. Februar 1893. Völliger Stupor mit Katalepsie. Liegt regungslos in gezwungener Haltung im Bett; nur wenn das Essen kommt, fährt er heftig darauf zu.

5. März 1893. Die kataleptischen Zustände verlaufen periodisch und dauern jedesmal circa 6—8 Stunden. Ganz starrer Gesichtsausdruck, starke Muskelspannung am ganzen Körper. Wimmert viel vor sich hin. Zeigt einen Wechsel von Nahrungsverweigerung und Nahrungsgier. Flüssigkeiten trinkt er ganz rasch hinunter, zu kauende Speisen weist er heftig unter Wimmern zurück.

9. März. Isst wieder selbständig, auch feste Speisen. Die Katalepsie löst sich. Redet nur, was sich auf das Essen bezieht. Im Uebrigen sprachlich noch völlig gehemmt.

1. April. Spricht nichts. Nicht mehr kataleptisch.

6. April. Von der Mutter nach Hause mitgenommen.

Bis dahin muss der Zustand, welcher sich nach einer mehrmonatlichen Einleitung von Zerstreutheit und Unstätheit und einer kurzen Periode von Aengstlichkeit entwickelt hatte, als kataleptischer Stupor bezeichnet werden. Dieser Stupor zeigte jedoch schon einige in die Katatonie gehörige Züge: das Wiederholen der gleichen Phrase, das plötzliche Unterbrechen der Starre durch heftige Handlungen (gierige Art der Nahrungsaufnahme). Immerhin überwog das Krankheitsbild des reinen kataleptischen Stupors, welcher erfahrungsgemäss, z. B. wenn er im Verlauf einer echten Melancholie auftritt, prognostisch sehr günstig ist. Dementsprechend wurde angenommen, dass der Kranke einige Zeit nach der Entlassung ad integrum zurückkehren werde.

A. hat darauf mehrere Monate, vom 6. April 1893 bis 18. August 1893, zu Hause verbracht.

Ueber die Zeit bis zu seinem Wiedereintritt wird Folgendes angegeben: Er erschien zunächst ganz verständig. Sprach freiwillig und erzählte von der Klinik; es sei ihm wie toll im Kopfe gewesen, er habe alles gehört und verstanden, habe aber nicht reden können. Beim Eintritt habe er ein Bad bekommen, er sei von dem Arzt in den Garten geführt worden. Er beschrieb Herrn Professor *R.* richtig. 3 Wochen nach seiner Rückkunft musste er sich wieder legen. Er klagte wieder über Kopf- und Gliederschmerzen. Einmal hat es ihn geschüttelt, er verdrehte die Augen, lag 3 Tage lang, ohne sich zu bewegen, im Bett.

Diese Angabe ist differentialdiagnostisch wichtig. Dieselbe könnte ebenso gut bei einem Epileptiker gemacht werden. Es sind jedoch bei A. nie epileptische Züge sonst beobachtet worden. Hingegen können die katatonischen „Krämpfe", d. h. stereotypen willkürlichen Bewegungsreihen mit nachfolgender Katalepsie einem epileptischen Zustand auf das Haar ähnlich sehen, besonders wenn dann ein tagelanger Stupor folgt, welcher einem epileptischen Dämmerzustande sehr gleichen kann. Wir halten also diesen Zustand für den Beginn der eigentlichen katatonischen Erscheinungen, welche später deutlich wurden (Fig. 32 u. 33).

Kurz vor der Wiederaufnahme stiess er mit den Füssen die Bettstelle entzwei, war dann wieder ganz ruhig. Bei der zweiten Aufnahme am 18. August 1893 zeigte sich das Krankheitsbild im Sinne der Katatonie verändert. Er macht in stereotyper Weise die sonderbarsten Bewegungen, nimmt dann wieder ganz auffallende Haltungen längere Zeit ein; vor allem ist ein sonderbares Grimassiren bemerkenswerth. Dabei ist er ganz wortlos, zeigt jedoch jetzt im Gegensatz zu früher verbale Suggestibilität, indem er jeden erhaltenen Befehl sogleich befolgt.

25. August. Macht die sonderbarsten Bewegungen mit den Gliedern und der mimischen Musculatur. Auch die zweckmässigen Bewegungen, z. B. beim Essen, haben etwas Uebertriebenes. Abends fängt er an zu brüllen wie ein wildes Thier, zerstört alle Objecte, welche ihm im Wege stehen, greift aber keinen Wärter oder

Kranken im Wachsaal an, sondern macht vor ihnen in den verzerrtesten Posen Halt. Für kurze Zeit in einer gepolsterten Zelle, in welcher er in einer stereotypen Weise Wühlbewegungen in einer Ecke macht.

29. August. Nahrungsverweigerung kann dadurch überwunden werden, dass man seine verbale Suggestibilität benutzt. Auf die Anrede „essen“ reagirt er nicht. Wenn man diesen Act zerlegt und der Reihenfolge nach commandirt: „Mund auf“, dann ihm Milch eingiesst, dann sagt „Mund zu“ und schliesslich „schlucken“, so geschehen die Theilacte des Trinkens der Reihenfolge nach.

31. August. Für gewöhnlich stumm, manchmal vollendet er eine angefangene Wortreihe, z. B. auf „guten Morgen“ sagt er „Gelobt sei Jesus Christus“, auf „Gelobt sei Jesus Christus“ sagt er „in Ewigkeit Amen“. Manchmal löst sich sein Schweigen plötzlich, z. B. auf die Frage, „wie geht's?“ brüllt er plötzlich wie ein wildes Thier. Einmal sagt er auf „guten Morgen“: „hebe dich weg Satanas“. Solche an Paranoia erinnernde Züge sind selten und zusammenhangslos, stehen offenbar nicht als Motive im Zusammenhang mit seinem sonderbaren Verhalten. Dabei zeigt er einen Wechsel von kataleptischen Zuständen mit explosiv erfolgenden Handlungen. Als er zum Zweck des Wiegens aus dem Bett genommen wird, rennt er rasch ins Nebenzimmer und wirft einem Patienten ein Stück Schnur zu, das er aus dem Bett gerissen hat. Manchmal wird er plötzlich mitten aus seiner Katalepsie heraus gewaltthätig gegen Wärter und Aerzte.

16. September. Starker Wechsel im Grade seiner verbalen Suggestibilität. Befolgt Befehle manchmal sogleich, manchmal nach öfterer Wiederholung, manchmal gar nicht. Behält Stellungen, die er spontan einnimmt oder die man ihm giebt, oft lange Zeit bei, manchmal wiederholt er die gleichen Bewegungen in rhythmischer Weise halbe Stunden lang. Einigemale ist er zum Schreiben zu bringen.

Fig. 34.

Die Schriftproben zeigen einen den anderen Muskelzuständen entsprechenden Charakter, nämlich eine sonderbare Manierirtheit, willkürliche Verzerrungen, welche eine Zeit lang constant festgehalten werden, um dann einer ganz anderen ebenfalls wieder manierartig festgehaltenen Schreibart zu weichen.

In der Schriftprobe (Fig. 34 und 35) ist vor allem der grosse Unterschied in der Buchstabengrösse der einzelnen Proben bemerkenswerth. In Bezug auf das Autogramm kann man von einer Mikrographie reden. Dann kommt eine Periode mit grossen deutlichen Buchstaben, dann eine Zeile reine „Balkenschrift“, dann eine frauenhafte Handschrift, schliesslich wieder ein Abschnitt mit grossen deutlichen Buchstaben. Das Wesentliche ist der willkürlich manierirte Charakter dieser periodenweise mit Geschick festgehaltenen Schriftformen. Auch in Bezug auf Orthographie ist, wenn man andere Schriftproben von ihm in Betracht zieht, Aehnliches zu bemerken, dessen Analyse jedoch hier zu weit führen würde.

1. October 1893. Zeigt oft enorme Koth- und Urinretention, welche mit der Waage nachgewiesen werden kann. Dieses Symptom ist offenbar durch das kataleptische Festhalten von Muskelzuständen, durch willkürliche Unterdrückung des Bedürfnisses bedingt.

A. befand sich im Jahre 1893 noch in der Klinik, völlig unverändert mit einem Wechsel von kataleptischen und speciell katatonischen Symptomen.

Derselbe ist dauernd blödsinnig geblieben.

Fig. 35.

O' Maria Sich Uns Sai Das Uns Gott Bewender.
tig Sai. Tauchet Himmel den Gerechten Wolken K
schnait Ju Herab Rief Das Volk Ju Bangen K
ächtien Dem Gott der Verheissung Gab ...
Jn Bis der Heiland Trat Herror Tem Verschlossen wurden Tor Bis der Heiland Trat
Herror. Beim Frühen Morgenligt Erwacht Mein Herz Und Spricht Gelobt Sai Jesus Gristen

Ueberblicken wir die Krankheit, so finden wir zuerst eine Periode des Stupors, welche sich durch eine Reihe von psychischen Abnormitäten eingeleitet hatte, die sich nicht unter den Begriff einer bestimmten functionellen Geistesstörung bringen lassen. Man kann unmöglich das manchmal ängstliche Wesen des Kranken als Melancholie bezeichnen.

Auf den Stupor, welcher schon einige katatonieähnliche Züge aufwies, erfolgte eine 3 Wochen lange Remission, dann wiederum eine stuporöse Periode, nach welcher die speciell katatonischen Züge ganz in den Vordergrund traten. Da hier jede andere Grundkrankheit (auch progressive Paralyse, besonders Epilepsie) völlig fehlte, da ferner die Muskelzustände nicht in der Entwicklung einer anderweitig charakterisirbaren functionellen Geistesstörung aufgetreten sind, so fassten wir diese Erkrankung als eine echte Katatonie auf und nahmen an, dass mit grosser Wahrscheinlichkeit ein dauernder psychischer Schwächezustand daraus hervorgehen würde, was zugetroffen ist.

Die endogenen Formen des Irreseins.

Unter Hinweis auf die in der allgemeinen Diagnostik (pag. 66 bis 76) gegebenen Ausführungen bezeichnen wir als endogen ausschliesslich diejenigen Formen psychischer Störung, beziehungsweise Entwicklungshemmung, welche durch die Componenten der Generation implicite bedingt sind. Hierdurch sind alle diejenigen Krankheiten ausgeschaltet, welche eine ab ovo normale Keimanlage in ihrer Entwicklung infolge äusserer Einwirkung befallen.

Es ist schon darauf hingewiesen worden, dass die auf Grund angeborener Disposition ausbrechenden Geistesstörungen durchaus nicht eo ipso unheilbar sind, dass es vielmehr gutartig verlaufende Anfälle von Geistesstörung auf endogener Grundlage giebt. Wir mussten daher diejenigen endogenen Störungen, welche zu unheilbaren Schwächezuständen führen, unter dem engeren Begriff des Degenerativen hervorheben.

Es entsteht somit im Hinblick auf Verlaufsart und Prognose der endogenen Geisteskrankheiten eine Zweitheilung in

1. prognostisch günstige Anfälle von Geisteskrankheit endogener Natur,

2. degenerative, d. h. zu unheilbaren Schwächezuständen führende, also prognostisch von vornherein ungünstige Formen von Geistesstörung endogener Natur.

Dabei muss fortwährend im Auge behalten werden, dass wir ausschliesslich endogene Formen von Störung im Auge haben, dass also aus der ersten Gruppe alle durch extracerebrale Momente bedingten Anfälle, z. B. die infolge von Intoxicationen entstehenden, ausscheiden, während bei der zweiten Gruppe die zu unheilbarer Geistesschwäche führenden Störungen, welche nicht aus endogener Ursache entspringen, z. B. progressive Paralyse, auszuschalten sind.

1. Die endogenen Anfälle von Geistesstörung.

Von den bisher beschriebenen anfallsweise auftretenden Formen von psychischer Störung sind Melancholie und Manie zweifellos oft endogener

Natur. Immerhin spielen in vielen Fällen von Melancholie die Reactionen auf äussere Momente, z. B. Sorgen, Schreck, auch Ueberanstrengung, ferner Puerperium und Lactation, sowie das Klimakterium eine grosse Rolle, so dass es klinisch nicht zulässig ist, die Melancholie als ganze Gruppe ausnahmslos zu den endogenen Störungen zu rechnen. Nur wenn die Anamnese erweist, dass der Anfall ohne jede Beziehung zu solchen exogenen Momenten vielleicht sogar trotz sehr günstiger äusserer Umstände ausbricht, wird die endogene Natur desselben behauptet werden können.

Ebenso liegt es bei den maniakalischen Anfällen. Auch hier ist zwar in vielen Fällen deutlich zu erkennen, dass die Krankheit ohne hinreichende Veranlassung aus inneren Gründen ausbricht, jedoch wirken andererseits öfter äussere Momente, welche heftige Aufregungen verursachen, zum Ausbruch mit, auch kann sich ein maniakalischer Anfall an acute körperliche Krankheiten, z. B. Pneumonie, anschliessen.

Auch bei dieser Krankheitsform kann man also den endogenen Charakter nicht im allgemeinen behaupten, wenn derselbe auch in vielen Fällen ersichtlich ist.

Noch weniger ist dies der Fall bei der meist gut verlaufenden hallucinatorischen Verwirrtheit, deren nahe Beziehung zum Puerperium auf extracerebrale Ursachen der Störung deutet.

Die Behauptung, dass ein Anfall von Störung endogener Natur ist, kann also nur auf Gruud geuauester Anamnese und sorgfältigster Abwägung der ätiologischen Verhältnisse geschehen.

Sehr wichtig ist die Thatsache, dass ein endogener Anfall von Geistesstöruug häufig von Recidiven gefolgt ist, so dass man unter Hervorkehrung des chronologischen Verhältnisses von periodischer Geistesstörung sprechen kann. Dieser Begriff muss jedoch bei unvorsichtiger Anwendung auf alle diejenigen Fälle, bei denen gleichartige Formen von Störung wiederholt auftreten, zu groben diagnostischen Irrthümern führen, so dass er eine besondere Behandlung verlangt.

Das periodische Irresein.

Die auf endogener Grundlage ausbrechenden Anfälle von Geistesstörung zeichnen sich meist durch periodische Wiederkehr aus. Allerdings werden nun bei den einzelnen Ausbrüchen der bestehenden „Anlage" sehr gern äussere Causalitäten zu den einzelnen Perioden gesucht, sei es nun, dass der Mond und atmosphärische Einflüsse, oder Aerger, Ueberanstrengung etc. als Gelegenheitsursache angeschuldigt werden. Bei unbefangener Prüfuug der Fälle zeigt sich aber, dass, wenn einmal jemand dazu durch seine Organisation determinirt ist, mehrere Anfälle von Geistesstörung zu bekommen, dass diese dann ohne jede Beziehung zu äusseren Umständen in den besten und ruhigsten Verhältnissen und allen Vorbeugemaassregeln zum Trotz ausbrechen.

Allerdings darf nun nicht jeder, der in seinem Leben mehrfach Anfälle von Geistesstörung hat, als periodisch geisteskrank im Sinne des endogenen Irreseins erklärt werden.

Für deu Praktiker ist die Kenntnis der periodischen Psychosen besonders wichtig wegen der günstigen Prognose des einzelnen Anfalles. Es ist deshalb bei jeder geistigen Erkrankung nicht nur der Beginn dieser

zu erörtern, sondern auch das oft schwer zu ermittelnde Vorhandensein früherer Anfälle. Lässt sich dieses mehrfache Vorhandensein von Anfällen psychischer Störung feststellen, so ist vor allem zu untersuchen, ob diese Anfälle etwa nur mehrfache Ausdrücke einer anderweitigen mit Geistesstörung verbundenen Nervenkrankheit sind. Vor allem ist hierbei an Epilepsie zu denken und entsprechend zu forschen. Es kommen jedoch z. B. auch Fälle von progressiver Paralyse vor, welche mit ihrem Wechsel von Geistesstörung und Remissionen symptomatisch ganz den Eindruck einer periodischen Geistesstörung machen können. Ferner ist auszuschliessen, dass die verschiedenen einander folgenden Anfälle von Geistesstörung Folgen einer wiederholten, von aussen kommenden toxischen Einwirkung sind. Wenn z. B. jemand unter wiederholtem Abusus spirituosorum mehrfach Delirium tremens bekommt, welches öfter atypisch verläuft und mit anderen Formen von Geistesstörung (hallucinatorischer Verwirrtheit, hallucinatorischem Wahnsinn etc.) verwechselt werden kann, so kann fälschlich eine endogene periodische Geistesstörung angenommen werden, während es sich um wiederholte Folgen gleicher äusserer Schädlichkeiten handelt. Ebenso ist es z. B. bei mehrfachen Intoxicationen durch Gifte, welche im eigenen Körper bei bestimmten Krankheiten gebildet werden, z. B. bei Urämie, ferner beim Coma diabeticum.

Ferner muss erwogen werden, ob es sich etwa bei den verschiedenen „Anfällen“ nur um Exacerbationen oder stärkere „Aeusserungen“ einer dauernd bestehenden Geistesstörung handelt. Hier kommt besonders der Schwachsinn mit Aufregungszuständen und die chronische Paranoia mit vorübergehenden stärkeren Aufregungen in Betracht.

Schliesst man jedoch bei der Diagnose alle diese Fälle aus, so kann man das wiederholte Auftreten von Geistesstörung als periodische Krankheit bei einem Individuum bezeichnen und muss diese Formen für durchaus endogen erklären.

Die specielle Form, unter welcher die einzelnen Anfälle der periodischen Geistesstörung auftreten, kann sehr verschieden sein. Es giebt eine periodische Manie, periodische Melancholie, periodische Verwirrtheit, periodischen hallucinatorischen Wahnsinn, periodische Zwangstriebe (z. B. Dipsomanie) etc.

Eine besondere Art der periodischen Geistesstörung ist das circuläre Irresein, welches sich in einem Wechsel von 1. geistiger Gesundheit, 2. Manie, 3. geistiger Gesundheit, 4. Melancholie, 5. geistiger Gesundheit u. s. f. abspielt. Der Beginn der periodischen Bewegung kann auch durch eine Melancholie gebildet werden. Wenn die eingeschobenen Perioden geistiger Gesundheit sehr kurz sind, so kann auch scheinbar ein blosser Wechsel von Melancholie und Manie auftreten. Die specielle symptomatische Erscheinungsform ist hier verschwindend gegen den periodischen Zeitcharakter und die endogene Natur der Störung.

Das Wort „periodisch“ ist also für den Praktiker wesentlich ein prognostischer Begriff und bedeutet, dass der einzelne Anfall ebenso günstig verlaufen wird, wie die früheren, wenn auch die Möglichkeit eines Recidivs, beziehungsweise eines neuen Anfalles mit einiger Wahrscheinlichkeit vorauszusagen ist. Zugleich enthält das Wort eine Negation, dass es sich nämlich nicht um eine in wiederholten Anfällen sich äussernde Grundkrankheit, auch nicht um wiederholte Wirkungen äusserer

Schädlichkeiten handelt. In pathogenetischer Beziehung liegt in dem Begriff „periodisch“ die Anerkennung des endogenen Charakters der Störung. Für den Praktiker ist die Ausschliessung der Ursachen, welche wiederholt Geistesstörungen bei dem gleichen Individuum bedingen können, die erste Aufgabe. Dementsprechend stellen wir bei der folgenden Exemplification die differentialdiagnostischen Beispiele in den Vordergrund.

I. Scheinbare periodische Geistesstörung bei Epilepsie.

Mann von 40 Jahren. Plötzlich erregt. Singt und tanzt, ist dabei verwirrt. Dauer der Aufregung 6 Tage. Hat früher schon vier solcher Anfälle mit Pausen von 4—6 Wochen gehabt.

Bei der Abwesenheit paralytischer Symptome, der kurzen Dauer und Häufigkeit der Anfälle, bei ihrem symptomatischen Charakter (motorische Erregung und Verwirrtheit ohne Ideenflucht), ferner im Hinblick auf die grosse Anzahl von Narben am Schädel wird die Wahrscheinlichkeitsdiagnose Epilepsie gestellt.

Anamnese. Seit circa 12 Jahren epileptisch. Seltene, aber schwere Anfälle. Im Beginn der ersten Geistesstörung zwei schwere epileptische Anfälle. In den Pausen zwischen den weiteren Geistesstörungen öfter epileptische Anfälle.

II. Scheinbare periodische Geistesstörung bei Paralysis progressiva.

Mann von 43 Jahren. Vor circa 1½ Jahren plötzlich 14 Tage lang verwirrt und manchmal ängstlich. Seitdem dreimal scheinbar periodische Wiederholung dieser Anfälle.

Status bei der Untersuchung. Psychisch anscheinend wieder normal. Bei genauerer Untersuchung ergeben sich Gedächtnis- und Intelligenzstörungen. Kniephänomene fehlen beiderseits. Seit circa 3 Jahren ziehende Schmerzen in den Beinen (Tabes). Rechts reflectorische Pupillenstarre.

Diagnose. Paralysis progressiva mit Remissionen.

III. Scheinbare periodische Geistesstörung bei Alkoholismus.

36jähriger Mann. Vor 3 Jahren wegen Vagabundirens eingesperrt. Im Gefängnis plötzlich ausbrechende Geistesstörung. Er sah schwarze Männer auf sich zukommen. Hörte schimpfende Stimmen. War heftig erregt. Nach 4 Tagen wieder ganz klar. Gleicher Anfall vor circa 1½ Jahren in einem chirurgischen Spital, wohin er wegen einer Verrenkung gekommen war. Einige Tage vor Aufnahme in die Klinik war er in Untersuchungshaft gekommen. Darin plötzlich mit Sinnestäuschungen und ängstlicher Erregung erkrankt.

Status bei Aufnahme. Viele Gehörshallucinationen, keine Thiervisionen, mässige Verwirrtheit, ängstlich. Starker Tremor der Hände und Albuminurie.

Diagnose. Atypische Form von Delirium tremens.

Verlauf. Verschwinden der Hallucinationen und der Verwirrtheit nach drei Tagen, des Albumens nach 5 Tagen, des Tremors nach circa 10 Tagen. Im Hinblick auf die symptomatische Aehnlichkeit werden auch die früheren Anfälle als Delirium tremens aufgefasst.

IV. Scheinbare periodische Geistesstörung bei Cocainismus.

35jährige Frau. Vor 3 Jahren ein Anfall von Hallucinationen, besonders des Gehörs und Tastgefühls mit Wahnbildung. Sie behauptete, von Stimmen beschimpft zu werden, fühlte Ungeziefer in der Haut, welche sie mit dem Messer anbohrte, um das Ungeziefer herauszulassen, behauptete, dass elektrische Ströme durch die Haut gejagt würden. Dauer des ersten Anfalles 10 Tage. Seitdem noch

3 solche Anfälle von grosser symptomatischer Aehnlichkeit, sämmtlich als acuter hallucinatorischer Wahnsinn zu bezeichnen.

Es stellt sich heraus, dass es sich um eine Cocainistin handelt, welche in diese Geistesstörungen stets nach längerem Missbrauche des Cocains verfallen ist und sich immer nur einige Zeit nach dem Anfall von dem Gift freihalten konnte.

V. Scheinbare periodische Geistesstörung bei chronischer Paranoia.

36jährige Frau, zum viertenmal wegen heftiger Erregung in der Anstalt. Sie schimpft über ihre Verfolger, weint viel, hat viele Gehörstäuschungen, hört besonders scheltende Stimmen. Kann nach 8 Tagen wieder beruhigt nach Hause entlassen werden, obgleich sie ihre Verfolgungsideen, welche sie nachweislich schon seit circa 8 Jahren hat, nach wie vor behalten hat.

Diagnose. Vorübergehende Exacerbation einer chronischen Paranoia.

VI. Scheinbare periodische Geistesstörung bei chronischem Schwachsinn.

28jähriges Mädchen. Im 17. Jahre nach kurzer paranoiaähnlicher Geistesstörung in Schwachsinn verfallen. Kann im Familienkreis gehalten werden. Arbeitet leichte Arbeit mit. Circa alle 2 Jahre einmal eine mehrtägige stärkere Erregung, welche auf einige Zeit ihre Aufnahme in eine Anstalt nothwendig macht.

Diagnose. Mehrfache Aufregungszustände bei dauerndem Schwachsinn.

Periodische Geistesstörung darf also erst diagnosticirt werden, nachdem die Vorfrage, ob mehrfache Anfälle auf einer anderweitig bestimmbaren Krankheitsbasis vorliegen, genau in Betracht gezogen ist.

Wir kommen nun zu der Exemplification für die wirklichen periodischen Geistesstörungen.

I. Periodische Manie.

Anna St. aus R., Steinhauersfrau, aufgenommen am 7. December 1893 im Alter von 63 Jahren. Status: Körperlich besonders im Hinblick auf das Lebensalter blühend. Keine alten Verletzungen. Keinerlei Innervationsstörungen, welche auf organische Hirnerkrankung (Paralysis progressiva, Herderkrankungen) deuten könnten. Sehr aufgeregt. Agitirt lebhaft. Redet viel durcheinander ohne bestimmten zusammenhängenden Inhalt. Schreit manchmal minutenlang, singt in einer exaltirten Weise. Ist dabei ganz klar über ihre Umgebung. Kann, wenn man ihre Aufmerksamkeit fesselt, über ihr Vorleben zur Auskunft gebracht werden. Nimmt mit grosser Feinheit alles, was um sie vorgeht, wahr.

Die diagnostische Frage lag nun so: Die paralytische Natur der Erregung erschien ausgeschlossen wegen des hohen Alters und der gleichzeitigen Abwesenheit aller tabischen Symptome. Ebensowenig konnte die Aufregung als symptomatische Aeusserung einer ausgedehnten Herderkrankung des Gehirns aufgefasst werden.

Die Frage der Epilepsie ist in solchen Fällen in zweiter Linie zu prüfen. Gegen Epilepsie sprach 1. der Mangel an Verwirrtheit; 2. das Vorhandensein der für die echte Manie charakteristischen Ideenflucht; 3. (mit einiger Wahrscheinlichkeit) die Abwesenheit äusserer Spuren einer epileptischen Erkrankung, welche bei dem eventuell anzunehmenden langjährigen Bestehen gewiss zu Verletzungen und Narben geführt haben würde.

Mit alkoholistischen Aufregungen kann die Störung bei Mangel aller charakteristischen Symptome nicht verwechselt werden.

Es blieb also die mit dem symptomatischen Charakter der Krankheit vollständig sich deckende Diagnose auf reine Manie übrig, die im Hinblick auf die von der Kranken erhobene und von den Verwandten bestätigte Anamnese als periodische bezeichnet werden muss.

St. hatte 1865, also in ihrem 35. Jahre, zum erstenmal einen maniakalischen Anfall von mehreren Wochen, in welchem sie viel lärmte, lachte, sich herumwälzte und unrein war. Zweiter Anfall 1869, also vier Jahre nach dem ersten. Dritter Anfall im Frühjahr 1893, also 24 Jahre nach dem zweiten. Sie warf alles zusammen, liess sich nicht im Bett halten, wälzte sich herum. Vierter Anfall brach circa 5 Tage vor Aufnahme in die Klinik ohne erkennbaren Grund aus.

Auf Grund der Thatsache, dass alle drei vorangegangenen Anfälle nur die sehr kurze Zeit von einigen Wochen gedauert hatten, wurde auch für den vierten gegenwärtigen Anfall eine kurze Dauer mit Wahrscheinlichkeit angenommen. Entsprechend war der Verlauf.

8. December. Nachts sehr unruhig. Lärmt, lacht, schreit, wälzt sich herum. Zerriss ein Hemd. Früh etwas ruhiger, jedoch viel schwatzend und gesticulirend.

11. December. Schlägt im Takt gegen die Bettstelle und gegen die Wand. Nimmt theatralische Posen ein. Spielt manchmal Rollen. Schimpft öfter und zotet in witziger Weise, spielt dann wieder die ehrbare alte Frau. Nimmt alles scharf wahr. Rechnet sehr gut, wenn ihre Aufmerksamkeit zu fixiren ist. Fasst alles schlagfertig auf. Nahrungsaufnahme sehr wechselnd: manchmal fällt sie gierig über alles Erreichbare her, manchmal wirft sie wieder alles mit lachender Miene von sich.

15. December. Tobt seit gestern fast andauernd, schreit mit überlauter Stimme, schwatzt, singt, athmet in willkürlicher Weise keuchend, schlägt um sich, ist manchmal unrein.

18. December. Auf einige Stunden viel ruhiger. Sagt, „sie habe sich jetzt ausgetobt, sie könne nach Haus“. Bald nachher wieder stark erregt.

22. December 1893. Abwechselnde Zustände von leidlicher Ruhe, in denen man sich gut mit ihr unterhalten kann, und stärkerer Erregung.

12. Januar 1894. Bis zum 5. Januar Abnahme des Körpergewichtes von 50 auf 45 Kgrm., seitdem Stillstand des Abfalls. Psychisch wechselndes Verhalten. Manchmal noch heftige maniakalische Ausbrüche (Scheibeneinschlagen, Schreien etc.).

31. Januar. Seit 5 Tagen fast ganz beruhigt. Sie schreibt einen ganz correcten Brief nach Hause, der Mann möge sie abholen, die Krankheit sei vorbei, sie habe sich ausgetobt.

5. Februar. Geheilt entlassen.

Der Anfall hat also circa acht Wochen gedauert. Seit dem 5. Januar continuirliches Steigen des Körpergewichtes von 45 Kgrm. auf 49 Kgrm.

Hier ist in der That der Anfall ebenso wie die früheren relativ kurz gewesen, woraus die Wichtigkeit der Ermittelung früherer Anfälle bei dem Auftreten von Geistesstörungen unmittelbar klar wird. Der Fall muss entschieden trotz des grossen Zeitraumes von 24 Jahren, der zwischen dem zweiten und dritten Anfall liegt, zu den periodischen Geistesstörungen gerechnet werden.

Dementsprechend war der weitere Verlauf.

Die Frau wurde weiterhin vom 7. November bis 4. December 1894, ferner vom 25. Februar bis 2. Mai 1895 wegen maniakalischer Anfälle in der psychiatrischen Klinik in Würzburg behandelt und beide Male normal entlassen.

Von neuem am 28. Juli 1896 aufgenommen, wurde sie am 9. August nach W. transferirt.

Im folgenden gebe ich noch einen Fall von periodischer Manie, in welchem ein sonst mehr in das Gebiet der Paranoia gehörendes Symptom, nämlich Personenverkennung, das Bild etwas trübt.

Anna V. von Frickenhausen, Taglöhnerin. Zum erstenmal aufgenommen am 17. December 1874 im Alter von 59 Jahren. Dauer des Anfalls bis 4. April 1875, also $3\frac{1}{2}$ Monate. Geheilt entlassen. Freies Intervall $3\frac{3}{4}$ Jahre. Zweite Aufnahme am 17. December 1878, geheilt entlassen am 5. März 1879 nach $2\frac{1}{2}$ Monaten. Freies Intervall $2\frac{1}{4}$ Jahre. Dritte Aufnahme am 22. Februar 1881, also circa 4 Wochen. Freies Intervall $3\frac{3}{4}$ Jahre. Vierte Aufnahme am 21. December (nb. ebenso wie die ersten beiden Anfälle im December!) 1884. Dauer bis 5. Mai 1885, also circa $4\frac{1}{2}$ Monate.

Seit Mitte November zeigte sie wieder ein exaltirtes Benehmen. Sie arbeitet nichts, lässt nichts im Zimmer stehen, zerbricht und zertrümmert alles, wirft es zum Fenster hinaus, reisst die Tapeten von den Wänden, zieht sich zuweilen nackt aus, spricht dabei fortwährend unzusammenhängende Sachen, verkennt dabei Personen, verlangt beständig Geld, um es ganz unnütz zu verschleudern, treibt Unfug, wirft dem Kinde ihres Schwiegersohnes Streichholzköpfchen in den Kaffee, wollte Sachen verbrennen u. s. f. Bei der Aufnahme: Typisch maniakalisch. Ist sehr heiter, zufrieden, exaltirt, gesticulirt viel, begrüsst die Kranken als alte Bekannte, zeigt eine grosse Schwatzhaftigkeit. Sehr übermüthig und gewaltthätig.

Der Zustand führte allmählich zur völligen Beruhigung und geistigen Gesundheit. Bemerkenswerth an dem Fall ist, dass hier noch im 59. Jahr eine Manie ausgebrochen ist, welche sich deutlich als eine periodische erwiesen hat, ferner dass Personenverwechslung mehr als sonst bei Manie im Vordergrund gestanden hat.

Hierauf beziehen sich die folgenden krankengeschichtlichen Notizen:

13. Januar. Sie hält Professor, Arzt und Wartepersonal für Leute aus ihrem Ort und ihrer Verwandtschaft.

17. Januar. „Personenverkennung noch theilweise vorhanden, auffallend ist dabei, dass Patientin ebenso wie früher die Personen immer mit dem gleichen Namen benennt." — Seit Anfang April bietet sie dieses Symptom nicht mehr, ist vollständig orientirt, ist sich vollständig bewusst, dass sie die Personen verkannt hat, giebt sogar genau an, für wen sie die einzelnen Personen gehalten hat.

Trotz dieses nicht ganz zum Typus der Manie gehörenden Symptoms stimmt alles andere zur Annahme einer echten, und zwar periodischen Manie.

II. Periodische Melancholie. Diese Fälle weichen in keiner Weise in Bezug auf die Symptomatologie des einzelnen Anfalles von den Formen der nicht periodischen Melancholie ab, weshalb wir sie hier kurz übergehen können.

III. Periodische Verwirrtheit.

Helene L., Haushälterin aus R., aufgenommen am 1. April 1891 im Alter von 39 Jahren. Hereditär belastet: Schwester der Mutter epileptisch geisteskrank. Ein Bruder der L. ebenfalls geisteskrank, blieb blödsinnig bis zu seinem nach sieben Jahren erfolgten Tod. Fünf Wochen vor der Aufnahme nach einer Gerichtsverhandlung am 25. Februar sehr niedergeschlagen. Am nächsten Tage schon Ausbruch einer schweren Geistesstörung. Sie verzog fortwährend die Gesichtsmuskeln und agitirte mit den Extremitäten. Sagte, sie sei eine Verbrecherin, habe einen Meineid geschworen. Zwei Tage darauf noch erregter, klagte sich laut des Meineids und anderer Verbrechen an, machte einen Selbstmordversuch.

Bis dahin scheinen melancholische Wahnideen im Vordergrunde des Krankheitsbildes zu stehen. Diese sind jedoch hier nur die Einleitung der

eigentlichen, ins Gebiet der hallucinatorischen Verwirrtheit gehörenden Psychose.

Schon in der Nacht vom 28. Februar heftige halluciuatorische Anfälle mit Verwirrtheit. Sie tobte und schrie überlaut, sie habe das höllische Feuer im Leib, sie werde verbrauut, hörte die Stimme des Teufels rufeu, dann gab sie wieder unarticulirte oder nichts bedeuteude Laute von sich, rief z. B. stundenlang lo lo lo. Nach etwa zwei Tageu, also kaum fünf Tage nach Beginn der Krankheit, wurde sie ruhiger, war aber gauz verwirrt. Sie gab auf Befragen keine Autwort, lag meist stumm da, liess Koth uud Urin unter sich gehen, schnitt oft fürchterliche Grimassen.

Am 13. März, also circa 18 Tage uach Beginn der Erkrankung, folgender Status: Macht physiognomisch eineu heiteren Eiudruck. Ihre Reden werden in einer verworreuen affectlosen Weise vorgebracht. Sie giebt an, dass sie sterben müsse, kommt aber gleich nach dieser anscheinend sehr tragischen Rede auf ganz indifferente oder erfreuliche Diuge. Sie werde bald die Krone einer Königin erhalten, sie wolle nicht den Lorbeerkranz, sie wolle den mit Vergissmeiunicht, und wie sie zum Herrn Bezirksarzt gesagt habe, so müsse es bleiben. Iu ihrer Jugend habe sie ein Verbrechen begangen. Nach diesem befragt, sagt sie immer nur „pfui", redet danu iu verwirrter Weise, jedoch ohne eigentlichen maniakalischen Charakter weiter: „Recht muss recht bleiben." Wo ihr Mann begraben liegt, da wolle sie auch begraben sein, aber nicht in R. Der Doctor habe die Photographie und ihre Schwägerin habe alles verrathen. Ueber ihre Umgebung — Spital in R. — ist sie nicht orieutirt. Ihre Tochter und den Vater erkennt sie bei einem Besuch wieder und geräth in grosse Aufregung, ohne ein bestimmtes Verlangen wegen Entlassung etc. zu äussern. Hintcrher ist sie wieder heiter, sitzt in theatralischer Stellung auf dem Bodeu des Zimmers, sagt, dass sie nur in einem Salon essen könne, sie sei jetzt Frau Doctor u. s. f. Für gewöhnlich verhält sie sich ruhig, zeigt auch nicht den Bewegungsdrang der Maniakalischen, redet uur, wenn sie augeredet wird, verwirrt durcheinander.

In der Klinik in W., wo sie vom 1. April an war, bot sie fast constant folgendes Bild:

Sie macht einen heiteren Eindruck; sobald man sie anredet, kommt als Antwort eine Flut ganz unzusammenhängender Sätze. Ueber ihre Umgebung ist sie völlig unorientirt. Im Vordergrunde steht Persouenverkennung, welche in Bezug auf bestimmte Menschen in gauz stereotyper Weise vor sich geht.

Das Wesen des Zustandes war die einfache, nicht mehr wie im Anfang mit Sinnestäuschungen complicirte Verwirrtheit. Gegen den Schluss der Erkrankung, welcher Mitte Juni erfolgte, war von grossem Interesse der wechselnde Grad von Verwirrtheit. Das Körpergewicht war von 46 Kgrm. am 1. April — auf 44 Kgrm. am 24. April gesunken, stieg dann ununterbrochen bis 54·70 am 12. Juni, also um 21·4 Pfund im Laufe von kaum 7 Wochen. L. war nach der Entlassung in ihren häuslichen Verhältnissen ganz normal.

Zweiter Aufall im August 1892. Bei der Aufnahme am 26. August im gleichen Zustand wie bei dem früheren Anfall: heiter verwirrt, ohne maniakalische Ideenflucht und ohne Bewegungsdrang. Das Körpergewicht stieg nach der Aufnahme von 48·2 Kgrm. an coustant bis auf 56·7 am 13. October, also um 17 Pfund in circa 6 Wochen.

Entlassen mit der Prognose, dass sie vermuthlich noch einen oder mehrere Anfälle von Verwirrtheit bekommen, aber immer wieder davon genesen wird.

Dementsprechend hat sie bisher noch mehrere Anfälle von Störung gehabt.

Sie war zwischen 1892 und 1896 dreimal in der Irrenanstalt zu W., war darauf normal, wurde vom 20. December 1896 bis 20. Mai 1897 von neuem, diesmal wegen starker Tobsucht in der psychiatrischen Klinik in Würzburg verpflegt und nach W. transferirt.

Da es für den Praktiker sehr wichtig ist, das Krankheitsbild der Verwirrtheit kennen zu lernen und es gegen die symptomatisch ähnlichen Zustände bei Manie, Paranoia etc. abgrenzen zu können, gebe ich noch einen in seinem Verlauf sehr charakteristischen Fall.

Anna G. aus C., Dienstmädchen, aufgenommen am 27. September 1888 im Alter von 20 Jahren. Eine ganz weitläufige Blutsverwandte von ihr war geisteskrank. Der Grossvater des Vaters war „im Stillen" geisteskrank. Von den Grosseltern an lässt sich in den Familien kein Fall von Geistesstörung nachweisen. Ohne dass irgend etwas vorausgegangen wäre, was als causa externa angezogen werden könnte, plötzlicher Ausbruch einer Geistesstörung. Von dem telegraphisch herbeigerufenen Vater mit nach Haus genommen, jammerte sie viel und redete „sonderbare" Sachen. Sprach von „Religionsmachen". „Ich habe die Welt erlöst. dazwischen gesungen, jetzt kommen zwei Gott, ein Frauengott (womit sie sich selbst bezeichnet) und ein Mannsgott."

Status bei der Aufnahme: Gesundes und blühendes Aussehen, welches zu ihren zeitweiligen ängstlichen Erregungen einen auffallenden Widerspruch bildet. Aengstlich, von Sinnestäuschungen beherrscht.

14. October. Meist von ängstlichen Gefühlen und Sinnestäuschungen beherrscht.

20. October. Jetzt heiter erregt, redet verwirrt, Gehörstäuschungen, verkennt ihre Umgebung.

25. October. Ruhig, spricht wenig, glaubt sich verfolgt, zeigt aber in diesen Ideen keine Constanz. Macht einer neben ihr liegenden Patientin alles nach, das Aufstehen, das Haarkämmen, das Weinen und Lachen.

Diese drei Aufzeichnungen geben eine gute Charakteristik der ausserordentlich wechselnden Bilder, welche im Laufe einer hallucinatorischen Verwirrtheit auftreten können. Ein ungeübter Beobachter würde sie vielleicht am 14. October für melancholisch, am 20. October für maniakalisch und am 25. October für paranoïsch erklärt haben. Diese wechselnden symptomatischen Zustände sind aber weiter nichts als Reactionen auf die Sinnestäuschungen, welche mit der Verwirrtheit gleichzeitig vorhanden sind. Oft gehen an einem Tage bei solchen Kranken maniakalische und paranoïsche Züge durcheinander. Z. B. ist von dieser Patientin notirt:

1. November. Sehr heiter. Personenverwechslung. Sieht die Wärterin für ihre Mutter an.

Charakteristisch für die Verwirrtheit dieses Zustandes ist folgende Notiz:

7. November. Aeusserlich wieder beruhigt. Ist sehr erfreut darüber, ihre verstorbene Mutter zu sehen (die Wärterin, welche sie für die Mutter hält).

12. November. Wieder unnatürlich heiter. Hört viele Stimmen.

17. November. Sehr unruhig, lärmt, bleibt nicht im Bett.

1. December. Gestern grosse Aufregung nach längerer Ruhe. Reisst Bilder von der Wand, klettert am Fenster in die Höhe, von Hallucinationen beherrscht. Sie hört eine Stimme vom Himmel.

18. December. Wieder sehr nachahmungslustig.

26. December. Behauptet, sie habe einen Bund mit dem Herrn Professor.

Auch in diesen Aufzeichnungen tritt der grosse Wechsel in ihrem äusseren Verhalten bei gleichbleibender Verwirrtheit zutage.

14. Januar 1889. Versuchsweise beschäftigt.

20. Januar. Gestern abends sehr erregt, weinte und jammerte viel.

27. Januar. Deutliche Besserung. Gut zur Arbeit zu gebrauchen.

3. März. Geheilt entlassen.

Dieser erste Anfall darf nicht zur Paranoia gerechnet werden, sondern gehört durchaus zu der von der Paranoia zu trennenden hallucinatorischen Verwirrtheit.

II. Aufnahme: 29. Januar 1892. Patientin kommt freiwillig in die Klinik. Sie war von März 1889 bis Januar 1892 wieder Dienstmädchen in W. Vor circa 8 Tagen hat sie wieder angefangen, Stimmen zu hören, freundliche und böse, sonderbare Gestalten zu sehen und alles auf sich zu beziehen. Dazu traten heftige Kopfschmerzen. Bei der Aufnahme in heftiger Unruhe. Ist besonnen und hat Einsicht in die krankhafte Natur der Stimmen.

4. Februar. Erklärt sich wieder für völlig gesund.

10. Februar. Völlig normal entlassen.

Trotz der Kürze dieser Störung handelt es sich dabei offenbar um einen ganz kurzen und leichten Anfall von gleicher Art wie früher. Allerdings war sie jetzt bei derAufnahme viel weniger verwirrt, soll dagegen nach Aussagen der Herrschaft 8 Tage vorher einen ganz verworrenen Eindruck gemacht haben und bald übertrieben heiter, bald abnorm traurig gewesen sein.

III. Aufnahme: 30. Januar 1893. Hat seit der letzten Entlassung unbeanstandet ihren Beruf als Dienstmädchen erfüllt. Mehrere Tage vor dem dritten Eintritt wieder von massenhaften Sinnestäuschungen, theils heiterer, theils schrecklicher Art befallen. Kommt wieder freiwillig in die Klinik mit einer Art von confusem Krankheitsgefühl, viel weniger mit klarer Einsicht in das Pathologische der Sinnestäuschungen. Steht dabei noch offenbar unter deren Einwirkung. Sie hört schimpfende Stimmen und sieht Gestalten.

2. März. Wieder ganz normal entlassen.

Prognose: Wird wahrscheinlich noch mehrere Anfälle bekommen, aber immer wieder gesund werden. Selbst wenn einer der kommenden Anfälle symptomatisch zum Theil der Paranoia sehr ähnlich sein sollte (geringere Verwirrtheit, consequentere Wahnbildung), so wäre die Diagnose in Bezug auf den einzelnen Anfall günstig zu stellen.

Ueber den weiteren Verlauf erhielt ich durch Herrn Professor *Rieger* folgende Mittheilungen:

A. G. war wieder in der Klinik vom 16. Januar bis 15. April 1900. Sie ist seit Jahren paranoïsch, hat starken Verfolgungswahn und Sinnestäuschungen, ist sonst noch ganz intelligent.

Nach dieser Mittheilung hätte eine Fehldiagnose vorgelegen und die einzelnen Anfälle wären als Etappen eines paranoïschen Degenerationsprocesses aufzufassen.

Die Constatirung der periodischen Natur einer Geistesstörung ist also wesentlich ein prognostischer Begriff.

Von grosser praktischer Wichtigkeit ist die Kenntnis der circulären Formen von Geistesstörung, welche einen Circulus vitiosus von Melancholie, geistiger Gesundheit und Manie in dieser oder umgekehrter Reihenfolge bilden. Symptomatisch unterscheiden sich die einzelnen Phasen nicht von den entsprechenden reinen Krankheitsformen. Es ist also bei dem jetzigen Stand unserer Kenntnisse noch nicht möglich, aus dem Status praesens einer Melancholie oder Manie zu entscheiden, dass es sich um das eine Extrem eines circulären Zustandes handeln müsse.

2. Die degenerativen Formen des Irreseins.

Wir fassen unter diesem Begriff alle diejenigen endogenen Geistesstörungen zusammen, welche zu unheilbaren Schwächezuständen führen oder durch Mangel an geistiger Entwickelung lediglich auf Grund angeborener Anlage ausgezeichnet sind.

Der angeborene, degenerative Schwachsinn.

Der Typus der degenerativen functionellen Geistesstörungen ist diejenige Form des angeborenen Schwachsinns, welcher nicht durch organische Hirnzerstörung oder als Theilerscheinung einer anderweitigen Erkrankung (z. B. beim Cretinismus) aufzufassen ist, sondern als frühzeitiger Stillstand in der Entwicklung der cerebralen Functionen bei anatomischer Intactheit des Organs. Diese Art der angeboren Schwachsinnigen ist entweder ganz frei von morphologischen Abnormitäten, oder sie hat solche nur in der Weise einer zufälligen Coïncidenz, ebenso wie jeder geistig Normale auch zufälliger Weise einige morphologische Abnormitäten haben kann.

Um den angeborenen Schwachsinn ohne cerebrale Zerstörung und ohne in Betracht kommende morphologische Abweichung kurz zu bezeichnen, schlage ich den Ausdruck: prämaturer Schwachsinn vor, weil er einen functionellen Stillstand der Denkapparate bald oder in den ersten Jahren nach der Geburt darstellt. Diese Form der Geistesstörung ist pathogenetisch vollkommen mit dem später ausbrechenden Schwachsinn, den man „primär“ nennen kann, um diese Krankheitsform von den secundären Schwächezuständen abzugrenzen, trotz der grossen symptomatischen Verschiedenheit auf gleiche Stufe zu stellen. Es handelt sich im wesentlichen nur um die chronologische Differenz im Ausbruch der Krankheit: Kommt der endogene functionelle Stillstand der Denkapparate sehr zeitig zustande, so entsteht das Symptomenbild des angeborenen Schwachsinns, kommt er erst später zustande, nach Entwicklung eines reicheren individuellen Lebens, so entstehen die wechselnden Symptomenbilder des primären Schwachsinns.

Wir wollen nun einen Fall analysiren, welcher diese Probleme sehr scharf hervortreten lässt, besonders was die Beziehung von morphologischen Abnormitäten zu geistigen Schwächezuständen betrifft.

Es handelt sich um drei Brüder Bäuerlein, 1. Michel, geboren 1860, 2. Ludwig, geboreu 1861, 3. Valentin, geboren 1865, aus Wustviel im Steigerwald; — Familie der Mutter in auf- und absteigender Linie angeblich völlig frei vou psychischen Abnormitäteu. Ein Bruder des Grossvaters war eiu „toller Kerl“, soll einmal auf der Irrenabtheilung des Juliusspitales gewesen sein. Von dessen 4 Kiudern sollen 2 normal, 2 (Söhne) geistesbeschränkt sein, könuen sich jedoch mit Steineklopfen ihr Brot verdienen. Der zweite Bruder des Grossvaters war ein starker Triuker. Von dessen 3 Kindern ist ein Sohn auch etwas geistesbeschränkt, hat einen „falscheu Gaug“, krumme Körperhaltung. Von den 5 Geschwistern des Vaters soll nur ein vor zwei Jahren verstorbener Bruder geistesbeschräukt, aber nie in ciuer Anstalt gewesen sein. Der Vater war Potator, vertrank sein ganzes Vermögen, misshandelte Frau und Kiuder. Vor vier Jahren traf ihn im Mostrausch der Schlag. Die drei idiotischen Brüder habeu noch 2 Geschwister, zwei Schwestern, die eine geistig gesund, die andere, 31 Jahre, ist nicht „wie sie sein soll“, arbeitet jedoch so weit, dass sie ihr Brot verdienen kann.

Trotzdem viel auf die Erziehung der 3 Kinder verwendet wurde, war es nicht möglich, ihnen Lesen und Schreiben beizubringen, nicht einmal zu den gewöhnlichsten Feldarbeiten oder zum Viehhüten waren sie zu gebrauchen, sie konnten höchstens Lasten tragen.

Die drei Söhne sind zwar alle drei als angeboren schwachsinnig zu bezeichnen, zeigen aber doch verschiedene Grade dieses Zustandes und individuelle Eigenthümlichkeiten. Relativ am höchsten steht intellectuell und moralisch Ludwig,

Fig. 36.



Michel Ludwig Valentin

Gebrüder Bäuerlein, angeborener, degenerativer Schwachsinn.

der zweitälteste. Er kann etwas mehr Gegenstände bezeichnen als die anderen, kann circa bis 6 zählen, kann zu Reinigungsarbeiten verwendet werden, während die anderen höchstens zum Tragen von Lasten verwendbar sind. Dabei hat er ein gutmüthiges Wesen, ist höflich, sagt z. B. stereotyp bei jeder Visite: Guten Morgen, Herr Doctor. Michel, der älteste, steht am niedrigsten, er hat eine ganz plumpe ungeschlachte Haltung, kann keine Handgriffe machen, nur Lasten tragen, Steine klopfen und pumpen. Läuft meist mit gesenktem Kopfe. Wenn er ordentlich darauf los arbeiten kann, ist er ganz vergnügt. Wenn man die geringsten

geistigen Anforderungen an ihn durch Fragen stellt, so geräth er in den folgenden Zustand: Zuerst senkt er den Kopf, macht ein griesgrämiges Gesicht. Fragt man weiter, so bekommt er plötzlich einen Wuthanfall, in welchem er auf den Nächststehenden, z. B. seinen Bruder, unsinnig einhaut. Er kann nicht bis auf zwei zählen. Valentin zeigt ein ebenso ungeschlachtes Wesen wie Michel. Er hat meist ein freches Lachen an sich. Von den vergleichenden Intelligenzprüfungen, welche an den drei Brüdern vorgenommen worden sind, gebe ich folgende auf das Bezeichnen von Bildern bezügliche Tabelle.

Es wurde stets ein Buch mit einem Bild mit der Frage: Was ist das? gezeigt. Es nannte:

	Ludwig	Valentin	Michael
Bank	Lineal	Eine Zahl	—
Schiefertafel	Kanne	Spiegel	Spiegel
Ovaler Tisch	Fisch	Leuchter	—
Rothe Farbe	—	Roth	—
Sopha	Rothes Ding	Häuser	—
Bettstatt	Weisses Ding	Hund	—
Spiegel	Bild	Spiegel	—
Bild	Bild	Spiegel	—
Kommode	Buch	Spiegel	—
Stuhl	Hund	Stuhl	—
Fussbank	Hund	Hund	—
Schrank	Buch	—	—
Leuchter	Kreuz	—	—
Messer	Messer	Messer	Messer
Löffel	Löffel	Löffel	Löffel
Gabel	Gabel	Gabel	Gabel
Flasche	Weisses Ding	—	—
Glas	Weisses Ding	—	—
Bouteille	Schwarz	Bouteille	—
Trichter	Ein rothes Ding	—	—
Pfanne	Kreuz	—	—
Topf	Kamm	—	—
Kessel	Kamm	—	—
Mörser	Ein weisses Ding	—	—
Oellampe	Kreuz	—	—
Scheere	Scheero	Scheere	Scheere
Bügeleisen	Bügeleisen	—	—
Waage	Waage	Waage	—
Hammer	Hämmerlein	Hammer	—
Kaffeemühle	Mühle	Mühle	—
Korb	Kamm	Körbele	—
Sichel	Sichel, Messer	Sichel	—
Wagen	Ringele	Wagen	—
Wagenstange	—	Deichsel	—
Rad	—	Räder	—
Kette	—	Kette	—
Giesser	Giesserle	Giesser	—
Beil	Hämmerle	—	—
Spaten	Kreuz	—	—
Violine	Geige	Geige	—
Trompete	Trompete	Trompete	—
Flöto	Federheft	—	—
Posaune	—	Trompete	—
Flinte	Flinte	Flinte	—

	Ludwig	Valentin	Michael
Säbel	Säbel	Säbel	—
Fahne	Fahne	Fahne	Fahue
Schwarz, weiss, roth	—	roth, roth	schwarz, roth
Trommel	Wo mau eine Uhr einsteckt.	—	—
Schloss	Eiue Mühl	—	—
Haus	Eiue Mühl	—	—
Weinfass	Kamm	—	—
Treppe	Stiege	Stiege	—
Kirche	Kreuz	Thurm	—
Brücke	Kreuz	—	—
Statue	Kreuz	—	—
Glocke	Kamm	—	—
Iuvaliden	Soldat	Männer	Mutter Gottes
Infanterie	Soldat	Soldat	—
Reiter	Soldat	Gaul	—
Scemann	Soldat	—	—
Eisenbahn	Ein Ringel	Bild	—
Postomuibus	schwarz	Gaul	—
Hund	Hund	Hund	Lübber (sic!)
Eichhorn	Hund	Reh	—
Schwein	Hund	Sau	—
Bär	Hund	Bär	—
Maulwurf	Maulwurf	—	—
Fledermaus	Kreuz	—	—
Katze	Katze	—	—
Hasc	Hirsch	—	—
Eber	Katz	Sau	—
Löwe	Katz	Gaul	—
Tiger	Hund	Bär	—
Hirsch	Hund	Gaul	—
Zicge	Gais	Gais	—
Kuh	Gais	Ochs	—
Ochs	Gäul	Ochs	—
Kameel	Gaul	Bär	—
Pferd	Gaul	Gaul	Gaul
Schaf	Gais	—	—
Escl	schwarz, Schimmel	Bär	Gaul
Nashorn	schwarz	—	—
Elephant	schwarz	—	—
Eule	Hund	Geier	—
Adler	Schwalbe	Huhn	—
Rebe	Schwalbe	Geier	—
Papagei	Schwalbe	Geier	—
Pfau	roth	Geier	—
Truthahn	Hühner	Höcker	Huhn
Storch	Gans	Geier	Ente
Hahn	Höcker	Höcker	Huhn
Henne	Ein Huhn	Höcker	—
Schwan	Ein rothes Ding	Geier	Euto
Gans	Gans	Geier	—
Ente	Ente	Geier	Ente
Schlange	Fisch	Geier	—

Aus dieser Intelligenzprüfung geht hervor, dass Ludwig in dieser Beziehung der klügste, Michel der dümmste ist.

Nur die Gegenstände, die zum Essen nothwendig sind, Messer, Gabel, Löffel, werden von allen dreien gekannt, ferner Scheere und Fahne.

Ludwig und Valentin kennen einiges mehr: Waage, Kaffeemühle, Giesskanne, Geige, Trompete, Flinte, Sichel, Säbel, Stiege, Soldat, Hund, Katze, Ziege, Pferd, Hahn. Im übrigen treten folgende Eigenthümlichkeiten hervor: Für ganz verschiedene Gegenstände wird oft das gleiche Wort verwendet, das Wort Kamm von Ludwig für Schiefertafel, Topf, Kessel, Korb, Weinfass, Glocke; das Wort Buch für Kommode, Schrank, das Wort Hund bei Ludwig für Stuhl, Fussbank, Eichhorn, Schwein, Bär, Tiger, Eule, dasselbe Wort Hund bei Valentin für Bettstatt, Fussbank, das Wort Kreuz bei Ludwig für Leuchter, Pfanne, Oellampe, Spaten, Kirche, Brücke, Statue u. s. f. Es sind also in diesem Zustande ganz unklare Wortbegriffe vorhanden.

Derartige Intelligenzuntersuchungen, welche auf den ersten Anblick als Spielerei erscheinen, können von der grössten Wichtigkeit werden, wenn es gilt, einen angeboren Schwachsinnigen von einem später schwachsinnig Gewordenen zu unterscheiden.

Es handelt sich hier um das bekannte Caspar Hauser-Problem.* Wenn die Psychiatrie damals schon in der Lage gewesen wäre, auf Grund von Intelligenzuntersuchungen festzustellen, dass es sich bei Caspar Hauser nicht um einen später schwachsinnig Gewordenen, sondern um einen angeboren Schwachsinnigen gehandelt hat, so wären viele Aufregungen in dieser sensationellen Affaire zu vermeiden gewesen.

Im vorliegenden Falle wäre auf Grund der Intelligenzuntersuchung zu sagen gewesen, dass es sich nur um angeborenen Schwachsinn handeln könne. Bei dem später ausbrechenden Schwachsinn sind diese elementaren Vorstellungen, wie z. B. Namen von gebräuchlichen Gegenständen, stets erhalten. Besonders kommt hierbei ein so ganz inhaltsloser Gebrauch von Worten nie vor. Ferner sind meist die einfachen Schulkenntnisse, wie Lesen, Schreiben und etwas Rechnen, erhalten. Es hätte sich hier also sicher behaupten lassen, dass angeborener Schwachsinn vorliegt.

Dieser zeigte nun im gegebenen Falle deutliche Abstufungen bei den drei Brüdern. Alle drei Brüder haben dabei die gleiche morphologische Abnormität des Schädels („Degenerationszeichen"). Entsprechend der Coronarnaht, also am oberen Rande der Stirnbeine, zeigt sich bei allen dreien eine ziemlich tiefe, den Schädel in der Frontalebene umziehende Einsattelung (Sattelkopf). Da bei allen drei Brüdern ein angeborener Schwachsinn und eine morphologische Abnormität zusammentreffen, so liegt zunächst der Schluss nahe, dass ein Causalzusammenhang zwischen der morphologisch nachweisbaren Schädeldeformität und der psychischen Entwicklungshemmung bestehe. Es fehlt nun aber erstens jedes Symptom, welches für eine bestehende grobe Hirnzerstörung, die als Folgezustand einer Schädeldepression aufgefasst werden könnte, wodurch der dreifache Fall ins Capitel der Porenkephalie gerathen würde, sprechen könnte, zweitens ist es kaum möglich, eine Schädeldepression, welche sich genau bei drei Individuen an den Verlauf der Coronarnaht hält, als Wirkung eines Trauma aufzufassen. Höchstens könnte an eine gemeinsame Ursache in der Mechanik des Geburtsactes bei der gemeinsamen Mutter gedacht werden. Nun

* Aus Prof. *Rieger's* Vorlesungen.

ist aber weder eine Lageabnormität bei den drei Geburten vorhanden gewesen, noch zeigen die Geburtswege der Mutter irgend eine Abweichung, welche bei normaler Kindslage eine Art von traumatischer Einwirkung auf den Schädel hervorbringen könnte.

Der Bericht der geburtshilflichen Klinik W. lautet: „Frau B. hat ein recht geräumiges, etwas über normal grosses Becken ohne jeden nachweisbaren pathologischen Befund, wie Exostosen etc. Die äusseren Maasse sind: Dist. spin. 28·0, Dist. crist. 31·5, Conjugat. extern. 20·5. Das Promontorium kann infolge seniler Kolpitis bei innerer Untersuchung überhaupt nicht erreicht werden."

Es fehlt somit jeder Anhaltspunkt, um die Schädelabnormität als Wirkung einer Causa externa auffassen zu können. Es handelt sich also um eine durch Vererbung bedingte, 3 Glieder einer Familie betreffende morphologische Abnormität am Schädel.

Da nun ebenfalls für die angeborene Geistesstörung jede organische Hirnzerstörung oder anderweitige das Gehirn schädigende Krankheit (Cretinismus, Mikrokephalie, Hydrokephalie) fehlt, so muss also auch diese angeborene Geistesschwäche als Ausdruck eines ab origine bedingten, endogenen Stillstandes der cerebralen Functionen aufgefasst werden.

Es frägt sich ferner im Hinblick auf die gleiche endogene Beschaffenheit der morphologischen Abnormität und der Geistesschwäche, ob diese beiden Beanlagungen eine gemeinsame degenerative Basis haben, d. h. als zwei verschiedene Aeusserungen desselben Degenerationsprocesses aufzufassen sind. Hier zeigt sich nun aber gerade die sonderbare Thatsache, welche auf die ganze Lehre von den Degenerationszeichen ein scharfes Licht wirft, dass in Bezug auf die psychische Degeneration die Familie des Vaters als das belastende Moment erscheint, während die morphologische Abnormität von der sammt ihrer Familie geistig ganz normalen Mutter stammt. Die Mutter hat nämlich dieselbe Sattelform des Kopfes.

Es zeigt sich in der morphologischen Abnormität eines Körpertheiles ein von der endogenen Geistesstörung ganz unabhängiges Vererbungsphänomen. Wäre von den Ascendenzverhältnissen der drei Brüder nichts bekannt, sondern wären beispielsweise nur ihre Schädel in einer Schädelsammlung conservirt mit der Angabe, dass es sich um drei idiotische Brüder handle, so würde ohne Zweifel die in scheinbar gesetzmässiger Weise bei allen dreien vorhandene morphologische Abnormität als Degenerationszeichen aufgefasst und zusammen mit der angeborenen Geistesstörung aus der gleichen degenerativen Quelle abgeleitet worden sein. Wir kommen bei der Betrachtung dieses Falles auf den schon in der allgemeinen Diagnostik geäusserten Gedanken zurück, dass die einzelnen Organe des Körpers in der Vererbung und endogenen Variation ihrer Form eine grosse Unabhängigkeit von anderen Organen zeigen und durchaus nicht einen degenerativen Zustand des Gesammtorganismus ausdrücken. Der eigentliche Hintergrund der Degenerationslehre in der bisherigen Form ist eigentlich die Idee einer psychischen Gesammtpersönlichkeit, deren abnormer Zustand sich in abnormen Formen ausdrückt, genau so, wie die *Gall*'sche Phrenologie speciell in der Schädelform einen directen Ausdruck der psychischen Elemente gefunden hat. Der Unterschied liegt nur darin, dass die *Gall*sche Phrenologie mehrere psychische Elementarfähigkeiten und dementsprechend mehrere localisirte und specifische morphologische Ausdrücke angenommen hat, während in der Degenerationslehre aus den morpholo-

gischen Abweichungen der verschiedensten Organe immer auf die gleiche Degeneration des Gesammtwesens geschlossen wird, ferner, dass sich die *Gall*'sche Phrenologie wesentlich nur auf den Schädel, die moderne Degenerationslehre auf den ganzen Körper bezieht. Die Degenerationslehre kann geradezu als pathologische Phrenologie bezeichnet werden. Im Hinblick auf unseren eclatanten Fall stellen wir zunächst fest, dass es falsch ist, morphologische Abnormitäten, die sich zugleich mit endogenen geistigen Schwächezuständen finden, ohne weiteres als Ausdruck und Zeichen der psychischen Degeneration zu betrachten.

Die Diagnose auf angeborenen degenerativen Schwachsinn muss nach Ausschaltung derjenigen Krankheitsformen, welche Stillstand der Intelligenzentwickelung als Symptom bedingen können, ausschliesslich aus der psychologischen Analyse im Zusammenhang mit der Anamnese gestellt werden.

Der angeborene moralische (partielle) Schwachsinn.

Der Nachweis des pathologischen Charakters eines Geisteszustandes ist nach den vorstehenden Ausführungen von dem Vorhandensein von morphologischen Abnormitäten ganz unabhängig. Mit der Negation, dass es keine morphologischen Stigmata giebt, welche einen abnormen Charakter erkennen lassen, ist jedoch durchaus nicht die Negation gegeben, dass es keine „geborenen Verbrecher“ giebt. Es giebt einen in die Pathologie gehörenden angeborenen moralischen Schwachsinn. Wir müssen in Bezug auf diese Zustände die gleiche Betrachtung anstellen wie in Bezug auf den angeborenen Schwachsinn im allgemeinen: In den meisten Fällen handelt es sich um symptomatische Aeusserungen bestimmter Grundkrankheiten (Porenkephalie, Hydrokephalie, Cretinismus, Mikrokephalie, Epilepsie u. a.), deren Ausschliessung die diagnostische Hauptaufgabe ist, bevor von angeborenem moralischem Schwachsinn geredet werden darf. Wer bei einem Kinde mit epileptischen Anfällen, welches sich psychisch, speciell moralisch abnorm erweist, von „angeborenem moralischem Schwachsinn“ reden wollte, würde in einer durchaus unnaturwissenschaftlichen Weise an Stelle der Krankheit ein Symptom setzen. Es bleiben jedoch, wenn man alle die Fälle, in welchen der angeborene moralische Schwachsinn nur Theilerscheinung einer anatomisch oder ätiologisch bestimmbaren Krankheit oder eines allgemeinen angeborenen Schwachsinns ist, ausschliesst, eine allerdings kleine Anzahl von Fällen übrig, in welchen man rein auf Grund der psychologischen Analyse ganz unabhängig von dem eventuellen Bestehen von morphologischen Abnormitäten von einem angeborenen moralischen (partiellen) Schwachsinn im engeren Sinne reden muss.

Die Abgrenzung dieser unter den § 51 des Strafgesetzbuches, welcher von der Ausschliessung der Zurechnungsfähigkeit handelt, fallenden Zustände von denjenigen unmoralischen Geisteszuständen, welche die Zurechnungsfähigkeit nicht ausschliessen, ist eins der schwierigsten Stücke der gerichtlichen Psychopathologie. Diese Schwierigkeit liegt nicht in der mangelnden Kenntnis derselben, sondern darin, dass es manchmal zweifelhaft erscheinen kann, ob auf einen unmoralischen Zustand der Begriff der Krankheit anzuwenden ist oder nicht.

Dies wird in allen den Fällen leicht sein:

I. Wenn eine Grundkrankheit nachzuweisen ist, deren Theilerscheinung die unmoralische Handlung ist (progressive Paralyse, Intoxicationen, Epilepsie*, Paranoia, allgemeiner angeborener Schwachsinn etc.).

II. Wenn ein subjectives Pathos vorliegt, d. h. wenn die unmoralische Handlung in einem Widerspruch zu dem bewussten Willen der Person zwangsmässig ausgelöst wird (z. B. bei posthypnotisch wirkenden Suggestionen und bei Zwangshandlungen) oder ihr selbst schadet.

Die Schwierigkeit beginnt erst da, wo weder eine bestimmt charakterisirbare Grundkrankheit, noch ein subjectives Pathos vorhanden ist. Hier liegt der Begriff der Krankheit nicht so klar zutage. Wenn ein Mensch wiederholt Handlungen begeht, die zum Schaden seiner Mitmenschen gereichen und sich dabei subjectiv ganz wohl befindet, so sträubt sich das natürliche Bewusstsein, hier von Krankheit zu reden, und ruft kategorisch nach Strafe.

Immerhin giebt es hier doch Momente, welche die Krankhaftigkeit des Zustandes glaubhaft machen. Diese liegen in der Verbindung von zwei bestimmten Zügen. Der erste dieser Züge ist in der chronologischen Folge der geistigen Zustände im individuellen Leben gegeben. In zwei Fällen werden wir unmoralische Neigungen — bei Abwesenheit einer dieselbe symptomatisch verursachenden Grundkrankheit — als krankhaft bedingt vermuthen:

1. Wenn dieselben schon in einem Lebensalter hervortreten, wo sie nach unseren sonstigen Erfahrungen an „normalen" Kindern vollständig fehlen, so dass uns die endogene Beschaffenheit dieser Neigungen begreiflich wird.

2. Wenn sie bei Menschen auftreten, welche früher in sittlicher Beziehung durchaus untadelig waren, während äussere Momente, welche diese Aenderung bedingen könnten, völlig fehlen.

Aber diese chronologischen Momente genügen nicht, um einen unmoralischen Zustand als krankhaft bezeichnen zu können. Hierzu gehört noch ein zweites Moment, nämlich dass gleichzeitig die Handlungen des betreffenden Menschen nicht nur der menschlichen Gesellschaft, sondern auch dem Individuum selbst schädlich sind. Nur bei dem Zusammentreffen dieser beiden Momente:

1. des einen der genannten chronologischen Züge, nämlich des abnorm frühzeitigen Auftretens der unmoralischen Neigungen,

2. der Selbstschädlichkeit der unmoralischen Handlungen kann von einem angeborenen moralischen Schwachsinn im engeren Sinne mit Ausschliessung der Zurechnungsfähigkeit die Rede sein. Werden die Grenzen des Begriffes weiter gezogen, so wird eine dauernde Streitigkeit zwischen Irrenärzten und Richtern die Folge sein, so lange der § 51 des deutschen Reichsstrafgesetzbuches zu Recht besteht.

Es ist also bei der Begutachtung durchaus nicht nur die Betonung auf den Begriff des Angeborenen zu legen, denn es giebt eine grosse

* Natürlich beweist nicht jede unmoralische Handlung eines Epileptischen eo ipso Unzurechnungsfähigkeit. Nur wenn man annehmen kann, dass eine bestimmte Handlung mit der Epilepsie im Verhältnis von Symptom zur Grundkrankheit steht, ist die Zurechnungsfähigkeit ausgeschlossen.

Menge von angeborenen Trieben, deren Befriedigung die Verantwortlichkeit durchaus nicht ausschliesst. Auch genügt ein einziges der oben genannten Momente allein nicht zu der strafrechtlich so bedeutungsvollen Diagnose auf angeborenen moralischen Schwachsinn. Nur in der Verbindung dieser beiden Momente liegt die Möglichkeit, den Begriff der Krankheit auf einen unmoralischen Zustand, welcher nicht Symptom einer Grundkrankheit oder von subjectivem Pathos begleitet ist, anzuwenden.

Wir haben bei dieser Auseinandersetzung fortwährend den allerdings seltenen Fall im Auge, dass die moralischen Defecte und der Mangel an Urtheil über die schädlichen Folgen der Handlungen für das Individuum ganz isolirte Lücken bei einem sonst geistig gut entwickelten Menschen sind. In den Fällen, wo unmoralische Handlungen Theilerscheinung eines allgemeinen angeborenen Schwachsinns sind, kommt diese ganze Ueberlegung gar nicht in Frage, da dann das Vorhandensein einer die Handlung bedingenden Grundkrankheit leicht zu zeigen ist.

Ich gebe nun ein Beispiel eines solchen deliquente nato, welcher in das Capitel des angeborenen moralischen (partiellen) Schwachsinns gehört.

M. L. aus M., aufgenommen am 20. November 1893 im Alter von 15 Jahren. Mutter hat 8 geistig gesunde Geschwister. Sie selbst ist offenbar sehr nervös. Nach dem Tode des Schwiegervaters starke „Nervenaufregung"

Sie fühlte sich schwach, „es tobte im Kopfe, die Nerven am Hinterkopf haben sich fühlbar gemacht, haben gezappelt" Sonst ist in der Familie nichts von Nervenkrankheit und Geistesstörung zu ermitteln. M. ist das älteste von 4 Kindern. Davon ist eines im Alter von 2 Jahren unter Symptomen, welche retrospectiv für Epilepsie oder Meningitis sprechen, gestorben.

M. fiel schon, seitdem er sprechen gelernt hatte, der Mutter durch seine Neigung zu tollen Streichen auf. Die Mutter giebt mit Bestimmtheit an, dass sie nicht erst jetzt das frühere Benehmen des Kindes auffallend findet, sondern schon, als der Knabe 3—4 Jahre alt war, über seinen Zustand mit Bedenken gesprochen hat. Sie hatte „Angst wegen seiner Zukunft" und redete mit ihrem Manne oft darüber, als der Knabe kaum vier Jahre alt war. Er zeigte schon, bevor er zur Schule kam, einen grossen Trieb zu Narrheiten und losen Streichen.

Im sechsten Jahre gab ihm der Grossvater einmal Geld, welches er der Mutter bringen sollte. An Stelle dessen kaufte er sich Spielsachen. Mehrfach wurde er von der Mutter hart bestraft, bekam nichts zu essen, erhielt starke Prügel, wurde in eine dunkle Kammer gesperrt. In den ersten Schuljahren zeigte er schon sexuelle Neigungen, suchte seiner einige Jahre jüngeren Schwester an den Genitalien zu manipuliren. Der Lehrer nannte ihn „nicht schlecht beanlagt, aber furchtbar faul und lässig, phlegmatisch, zerstreut". Im neunten Jahr hat M. öfter Geld gestohlen und hat es mit seinen Kameraden verprasst. Wenn er ausgeschickt wurde, trieb er sich lange über die Zeit in den Strassen umher. Einmal fuhr er mit dem gestohlenen Gelde auswärts. Er hielt sich unrein, liess Koth und Urin in die Hosen. Die Mutter prügelte ihn deshalb öfter fürchterlich mit dem Kleiderklopfer, so dass er Striemen auf dem Rücken bekam, schmierte ihm einmal den Koth um den Mund.

In eine Schulanstalt gegeben, machte er tolle Streiche. Lief fort, fuhr nach N., trieb sich an einem Circus herum. Er hatte den ganzen Tag in N. nichts gegessen und getrunken gehabt. In der Schule nagelte er einmal einen Häringskopf an die Wand, weshalb er dimittirt wurde. Im Alter von 13 Jahren erbrach er die Casse der Mutter, stahl 50 Mark, fuhr von N. nach W., wo er polizeilich aufgegriffen wurde. Er war ganz verwahrlost, hatte Urin in den Kleidern. Zu Verwandten gegeben, nässte er die Betten, stahl seinem Onkel die Uhr und lief dann fort. Schwindelte der Mutter vor, die Verwandten hätten ihn fortgeschickt.

In ein Geschäft eingetreten, hielt er sich ganz unordentlich, wusch sich nicht, log sehr stark, stahl in einer sinnlosen Weise Kleinigkeiten (Manschettenknöpfe, Uhrkette), unterschlug 50 Pfennige. Wieder entlassen, führte er zu Hause tobsüchtige Scenen auf. Schrie öfters furchtbar laut, um die Mutter zu ärgern, während die Hausleute Ruhe haben wollten und ihr mit Kündigung gedroht hatten. Hielt sich unrein. Schimpfte oft ohne Veranlassung unfläthig gegen die Mutter. Machte unsinnige Gedichte, verdrehte die Sprache. Die sexuellen Züge traten verstärkt hervor.

Status praesens: Morphologisch und neurologisch völlig normal. Keinerlei epileptische Symptome. Ganz lebhafte Auffassung.

Momentan zu Beschäftigungen gut zu brauchen, aber ohne jede Neigung zu einer geregelten Arbeit. Andauernd Tendenz zu ausgelassenen Streichen.

Nur unter dauernder Aufsicht einigermaassen in Ordnung zu halten. Würde ausserhalb der Anstalt ohne Zweifel sofort criminell werden.

Diese Prognose ist leider zugetroffen.

M. L. wurde im Januar 1895 wegen Diebstahls von der Strafkammer in N. zu vier Wochen Gefängnis verurtheilt.

Es muss nun nach dem oben Gesagten in solchen Fällen immer zunächst gefragt werden, ob es sich bei dem moralischen Schwachsinn um Theilerscheinungen oder Symptome anderer Krankheiten handelt. Vor allem war an Epilepsie zu denken, besonders im Hinblick auf das häufige Bettnässen, welches erfahrungsgemäss bei Kindern oft als Folge von Epilepsie auftritt.

Dabei war besonders daran zu denken, dass ein Bruder vielleicht an Epilepsie, beziehungsweise „Zahnkrämpfen“, „Gefraisch“ gelitten hat. Es liess sich jedoch bei sorgfältigster Anamnese kein einziges epileptisches Symptom finden. Das Bettnässen musste als bewusste Handlung aufgefasst werden. Ferner war keine organische Hirnkrankheit, welche moralischen Schwachsinn bedingen kann, zu ermitteln.

Ebenso wenig lag allgemeiner angeborener Schwachsinn vor. Es fragt sich also, ob der vorliegende Zustand von Unmoral bei seiner Isolirtheit als krankhaft zu bezeichnen ist oder nicht.

Es treten nun in der Anamnese deutlich zwei Züge hervor, welche den Ausschlag für die Beurtheilung geben:

1. Das Auftreten von bestimmten unmoralischen Neigungen in einem abnorm jugendlichen Alter.

2. Selbstschädigung. Das Benehmen eines Kindes, welches den Eintritt einer harten Strafe (z. B. Prügel mit dem Kleiderklopfer) bei Begehung einer bestimmten Handlung (ins Bett uriniren) kennt und diese doch begeht, ist als Selbstschädigung zu bezeichnen. Ebenso ist das Verunreinigen der Kleider mit Urin und Koth an sich selbst eigentlich durchaus nicht als etwas rein antisociales zu betrachten, sondern als eine dem Betreffenden selbst am meisten schädliche Handlung.

L. wäre eventuell, wenn er ausserhalb der Anstalt criminell würde, als angeboren moralisch schwachsinnig zu bezeichnen und unter den Schutz des § 51 zu stellen, andererseits aber durch Detinirung in einer Irrenanstalt dauernd unschädlich für die menschliche Gesellschaft zu machen.

Der primäre Schwachsinn.

Neben dem angeborenen, nicht durch anderweitige Krankheiten bedingten Schwachsinn sind diejenigen im persönlichen Leben ausbrechenden Geistesstörungen unter dem Sammelnamen des degenerativen Irreseins unterzubringen, welche am deutlichsten ihren endogenen, von äusseren Umständen unabhängigen Charakter zeigen und zu dauernden Schwächezuständen führen.

An dieser Stelle muss der primäre Schwachsinn genannt werden, welcher meist im Alter von 15—25 Jahren ohne äussere Ursachen ausbricht und bei dem sich nach einem relativ kurzen Initialstadium, in welchem das Bild der Manie, Melancholie oder Paranoia bei oberflächlicher Betrachtung vorgetäuscht werden kann, das ganze geistige Leben auf ein niedrigeres Niveau einstellt. Es ist das gerade eine sehr wichtige Aufgabe der psychiatrischen Diagnostik, diejenigen Fälle von scheinbarer Manie oder Melancholie etc., in denen von vornherein das Element des Schwachsinns dominirt, richtig zu erkennen und diese Fälle trotz der Aehnlichkeit mit anderen Formen von Psychose bald in die für die Prognose entscheidende Rubrik des primären Schwachsinns unterzubringen. Diese Krankheit bricht manchmal mit ganz kurzen und unbedeutenden Aufregungszuständen aus, die für die Umgebung oft gar nicht unter den Begriff der Psychose fallen. Die Kenntnis der durchaus endogenen Natur dieser Krankheit ist von grösster Wichtigkeit für den Praktiker, weil gerade in solchen Fällen immer Causae externae gesucht und oft Recriminationen von Angehörigen gegen Menschen, die am Ausbruch der Geisteskrankheit „schuld“ sein sollen, erhoben werden. Z. B. handelt es sich höchst wahrscheinlich bei einer Reihe von schweren Soldatenmisshandlungen um solche während der Militärzeit primär schwachsinnig Gewordene.

Das Wesentliche an diesem Process ist der rasche Verfall in Schwachsinn. Legt man auf die mannigfaltigen psychischen Symptome Werth, welche sich im Beginn davon zeigen, so wird man eine unendliche Menge von Krankheitsbildern aufstellen müssen. Fast jeder Fall ist in seiner speciellen Erscheinung verschieden, das Gemeinsame und differentialdiagnostisch Wichtige ist der Umstand, dass trotz der symptomatischen Aehnlichkeit mit bestimmten wohlcharakterisirbaren Psychosen, wie Melancholie, Manie, Paranoia doch bei dieser Erkrankung schon von vornherein das Bild des Schwachsinns unter dem Schleier der begleitenden Symptome deutlich hervortritt.

Es giebt z. B. Fälle, die mit ganz kurz dauernden, kaum als Manie zu bezeichnenden Aufregungen beginnen und in wenigen Tagen zu dauerndem Schwachsinn führen.

G. L. aus Z., aufgenommen am 13. December 1889 im Alter von 22 Jahren. Heredität nicht zu ermitteln. Körperlich und geistig normal entwickelt bis zum Ausbruch der Krankheit, welcher circa ½ Jahr vor der Aufnahme ganz plötzlich erfolgte. L., der bei einem Bauer im Dienst war, lief eines Morgens, statt zum Dreschen zu gehen, ohne Mütze und Schuhe weg, irrte in der Umgebung umher, bis er erkannt und zurückgeholt wurde. Seitdem im Krankenhause zu R.

Status bei der Aufnahme: Körperlich blühend. Spricht freiwillig nichts. Blöder, immer lächelnder Gesichtsausdruck. Einige Schulkenntnisse erhalten; ganz muthlos und unselbständig. Zu einfachen Arbeiten, bei denen er automatisch immer dasselbe machen kann, gut zu gebrauchen.

Entlassen 13. September 1890. Andauernd schwachsinnig. Manchmal störrische Aufregungen. Oft wochenlang täglich die gleiche Phrase, dass er sich draussen einen Dienst suchen müsse, jedoch ohne jeden Nachdruck und Ernst.

Prognose: Dauernder Schwachsinn.

Verlauf: Lebt noch in der Irrenpfründe des Juliusspitales. Sehr blödsinnig. Spricht nie ein Wort.

Die manieähnlichen Fälle des primären Schwachsinns, welche in der Pubertät auftreten, sind unter dem besonderen Namen der Hebephrenie hervorgehoben worden.

Der ohne anfängliche Erregung ausbrechende primäre Schwachsinn ist praktisch von grosser Wichtigkeit. In Staaten, welche erschwerte Aufnahmebedingungen für ihre Irrenanstalten haben, kommen solche Kranke nur selten oder wenigstens fast nie im Beginn der Erkrankung in psychiatrische Beobachtung. Hiermit mag es zusammenhängen, dass diese praktisch so wichtige Krankheitsform in der psychiatrischen Literatur so spärlich vorkommt. Es handelt sich meist um erblich stark belastete Personen, die im Alter von 16—25 Jahren in relativ sehr kurzer Zeit eine völlige und bleibende Veränderung ihrer geistigen Functionen erleiden, eine Art von Niveauverschiebung.

B. K., Dienstmagd, aufgenommen am 5. Februar 1891 im Alter von 25 Jahren. Ein Bruder war geisteskrank, der Vater hatte ein abnormes Wesen, ohne in einer Irrenanstalt gewesen zu sein, war im Dorfe als der tolle „Schubertles Josef“ bekannt. B. lernte in der Schule gut und war früher immer normal, nur soll sie im 15. Lebensjahr einmal etwas „neben drauss“ gewesen sein.

Seit circa 5 Monaten kam das Mädchen dem Begleiter, einem Verwandten von väterlicher Seite, entschieden schwach im Kopfe vor, ohne dass eine stärkere psychische Erregung dagewesen wäre. Sie legte sich in den Kleidern ins Bett, zeigte keine Lust zur Arbeit, liess in dem kleinen Häuschen, welches sie bewohnte, alles verwahrlosen, misshandelte die jüngere Schwester, die bei ihr wohnte, hielt sich unreinlich. Manchmal lief sie ungenügend angekleidet im Dorf herum, vernachlässigte die nothwendigsten und einfachsten Verrichtungen (Essen, Kochen etc.).

Status am 6. Februar 1891. Körperlich gesund und robust, die eingelernten Wortreihen aus der Schule sind ihr geläufig. Sie ist vollständig kritiklos über sich und ihr früheres Verhalten. Motive für ihre Handlungsweise kann sie nicht angeben. Könnte bis auf diese völlige Urtheilslosigkeit bei oberflächlicher Untersuchung als geistig normal erscheinen.

21. März 1891. Hat einen Wechsel von Apathie, leidlich heiterer Stimmung und weinerlichen Aufregungen gezeigt.

Manchmal hypochondrische Klagen, z. B. dass sie nicht schnaufen könne und sterben müsse. Manchmal stärkere ängstliche Erregungen. Oft sehr eigensinnig und manchmal zu Gewaltthätigkeiten geneigt. Wollte öfter nicht arbeiten, drohte die Fenster einzuschlagen, riss einmal wüthend ein Stück vom Ofen herunter. Zu geregelter Arbeit als Dienstbote oder zur selbständigen Führung eines Hauswesens ganz unfähig.

Diagnose: Primärer Schwachsinn. — Prognose: Wird dauernd schwachsinnig bleiben.

Verlauf: Wurde wegen Geisteskrankheit entmündigt, steht noch unter Curatel. Ist jedoch dabei im Stande, einen Dienst in W. zu versehen.

Wir kommen nun zu den mit stärkerer Verblödung einhergehenden Fällen von primärem Schwachsinn.

K. N. aus Waldzell, aufgenommen am 3. December 1888, 21 Jahre alt, im Zustand von apathischem Blödsinn. Sie spricht spontan kein Wort, macht nie spontane Handlungen, um irgend ein Bedürfnis zu befriedigen, braucht zu allen

Bewegungen enorm lange Zeit, ist nur durch kräftige Stimulation zu einigen (allerdings richtigen) Antworten zu bringen. In diesen Zustand ist das Mädchen 6 Jahre vor der Aufnahme, circa in ihrem 15. Jahr, verfallen. Sie ist allmählich blöd, apathisch, arbeitsscheu geworden, hat nicht mehr an den Mahlzeiten der Familie theilgenommen und hat stumpf im Bett gelegen.

Prognose: Unheilbarer Schwachsinn.

Auch diese Kranke, welche von ihren Angehörigen zur Noth verpflegt wurde, wäre, da nie eine stärkere Erregung, welche Aufnahme in eine Anstalt bedingt hätte, vorhanden war, nie zu psychiatrischer Beobachtung gekommen, wenn sie nicht zufällig von Seiten der Klinik entdeckt und zur Aufnahme herangeholt worden wäre.

Hier ist ohne vorangegangene stärkere Aufregung ein Zustand von Schwachsinn aufgetreten, in welchem manchmal intercurrent weinerliche und zornige Aufregungen zu beobachten waren.

Ein weiterer Fall ist folgender:

E. K., Gärtner, aufgenommen am 5. September 1891 im Alter von 21 Jahren. Mutter hat, als sie mit dem Kinde schwanger ging, einen maniakalischen Anfall gehabt. Schon in früher Jugend sehr störrisch und unverträglich. Im 14. Jahr hatte er einmal einen vorübergehenden Wuthanfall. Mit 16 Jahren wurde er Gärtner, war aber nicht zu brauchen, da er sich mit seiner Umgebung nicht vertrug. Seitdem lebt er in der Familie, obgleich er sich gegen seine Geschwister unleidlich benimmt.

Er ist meist unthätig und meint, dass die Leute ihn beobachten, „weil er nichts sei". Seit einigen Wochen wird er gewaltthätig gegen die Schwestern. Am Tage vor der Aufnahme hätte er die eine Schwester fast erwürgt. Zu der anderen sagte er, er werde sie erschiessen. Daraufhin in die Klinik gebracht.

Status praesens. Frei von Missbildungen und Innervationsstörungen.

Hat die im Durchschnitt zu erwartenden Schulkenntnisse. Motive für seine Handlungen weiss er nicht anzugeben. Wahnideen sind nicht zu ermitteln. Zeigt ein ängstlich gehorsames Wesen, sitzt meist apathisch da.

17. September 1891. Wahnideen sind nicht vorhanden. Durchaus unselbständiges, gedankenloses Wesen. Kümmert sich um nichts. Heute nach Haus entlassen. Geht mit den Worten: Er sei ein anderer Mensch geworden.

Prognose: Unheilbarer Schwachsinn mässigen Grades mit Unfähigkeit zu eigener Lebensführung.

Dieser Fall ist durch die scheinbare Beziehung zur Paranoia bemerkenswerth. Es treten ganz verstreut und abgeschwächt einige paranoiaähnliche Züge auf: Er meinte, die Leute beobachten ihn, weil er nichts sei, zeigte das störrische und misstrauische Wesen der beginnenden Paranoïker. Aber diese Züge sind ganz flüchtig und bedeutungslos. Das Wesentliche ist der in kurzer Zeit vor sich gegangene Verfall in einen mässigen Grad von Schwachsinn. Dieser Fall wäre vielleicht nie zu psychiatrischer Kenntnis gekommen, wenn nicht zufällig das alarmirende Ereignis, das Attentat auf die Schwester, vorgekommen wäre.

Sehr lehrreich in Bezug auf den manchmal kaum merklichen Beginn und die allmähliche Steigerung der Krankheit ist folgender Fall:

Peter B., Techniker, aufgenommen am 19. Mai 1892 im Alter von 18 Jahren. In der Familie der Mutter mehrfach Geisteskrankheiten. Normal entwickelt. In der letzten Zeit zu keiner Arbeit mehr zu gebrauchen, lief tagsüber zwecklos umher und blieb auch nachts oft im Freien. Behauptete dann, er habe die Sterne beobachtet. Der Vater behauptet, er sei nicht geisteskrank, andererseits hält er ihn auch nicht mehr für vernünftig, weshalb er ihn eben in die Klinik bringt.

Status bei Aufnahme: Körperlich normal. Manches früher Gelernte gut erhalten. Bruchstücke von naturwissenschaftlichen und technischen Kenntnissen. Ganz gleichgiltiges Verhalten gegen seine Umgebung, keine Wahnideen. Könnte momentan für gesund gehalten werden.

4. Juni. Gleichgiltig, ohne jedes active Interesse. Schläft tagsüber viel, ohne sich um seine Umgebung zu kümmern. Legt sich manchmal der Länge nach auf den Boden. Nachts sieht er stundenlang zum Fenster hinaus oder treibt Unfug. Kriecht manchmal unter die Betten und bleibt da liegen. Am Tage macht er im Bett allerlei Gliederverrenkungen, singt manchmal in einer exaltirt gröhlenden Weise.

8. Juni. Aeussert nie selbständig einen Wunsch, ist mit dem dauernden Aufenthalt in der Klinik, welcher wegen seiner kindischen Streiche nöthig ist, ganz zufrieden.

11. Juni. Sehr unruhig, treibt Spielereien, unreifes, kindisches Benehmen. Spricht nie den Wunsch aus, nach Hause oder auf seine Schule zurückzukommen. Er lässt sich ganz willenlos dirigiren. Arbeitet auf Geheiss einfache Dinge mit. Arbeiten, welche einige Aufmerksamkeit erfordern, kann er nicht machen.

Sich selbst überlassen, schlendert er hastig zwecklos auf und ab. Nachts oft sehr unruhig, zu ausgelassenen Streichen geneigt.

Prognose: Wird dauernd schwachsinnig bleiben, wenn er auch vielleicht zeitweise wieder ausserhalb der Anstalt leben kann.

Die leichteren Formen des primären Schwachsinns können äusserlich eine sehr verschiedene Gestalt annehmen, je nach dem Gedankenkreise, in welchem die Betroffenen bei Ausbruch der Krankheit gelebt haben. Wenn die Krankheit z. B. bei Menschen ausbricht, welche Interesse an poetischen oder philosophischen Dingen gehabt haben, so vermengen sich in dem schwachsinnig gewordenen Kranken die Bruchstücke dieser früheren Bildung zu einem wirren Durcheinander, welches von manchen Menschen durchaus nicht für einen Ausdruck des Schwachsinns, sondern für eine besondere Form von Poesie oder Philosophie angesehen wird. Das geringe Ansehen, in welchem letztere in unserer Zeit steht, rührt vielleicht mit davon her, dass Schwachsinnige aus den gebildeten Ständen öfter mit solchen unverdauten Bruchstücken um sich werfen und dadurch diese berechtigte Denkrichtung in Misscredit bringen.

Hierher gehört folgender Fall:

L. B., Lehrer, aufgenommen am 29. Juni 1881 im Alter von 18 Jahren. Heredität nicht zu ermitteln. In den letzten Monaten manchmal etwas ängstlich. Durch den Tod der Mutter, welcher im Mai eintrat, noch mehr betrübt. Einige Tage vor der Aufnahme lebhafte Unruhe, hat viel durcheinander geredet, benahm sich auffallend, wollte z. B. in der Eisenbahn im Coupé Violine spielen u. s. w. Seit 2 Tagen zu Hause, sehr heiter, spricht in einemfort, ist gegen Widerspruch sehr empfindlich. Nachts legt er sich nicht ins Bett. Gegen eine Schwägerin benahm er sich sehr verliebt.

Status bei Aufnahme: Patient schwatzt fortwährend, meist zusammenhangslos. Er ist kurze Zeit zu fixiren, beginnt dann wieder mit allen möglichen Phrasen. Nach kurzer Periode von Erregung dauernder Schwachsinn mässigen Grades, welcher sich durch das confuse Zusammenwürfeln aller möglichen Bildungselemente charakterisirt. Patient war seitdem noch zweimal vorübergehend in der Klinik und hat eine Menge von Gedichten, Eingaben und Aufsätzen verfasst, von denen wir einige als typische Producte des primären Schwachsinns bei Angehörigen der „gebildeten Stände“ mittheilen wollen.

I. Immer lebe Carneval.

1.

Nichts verdränget Carneval.
Ist auch tot des Kuckucks Schall.
Fastnacht kommet wieder.
Maske Dich zur Furcht beweget,
Ernst Gefühl in Dir erreget,
Fehlen jetzt die Lieder.

2.

Damit stehst Du erst beim Laden
Dabei wird das Herz zum Faden
Weil das Geld Dir fehlet.
Schaffe Mittel Dir und Freude.
Diese Larven sind nur heute.
Wurden schon gewählet.

3.

Schenke mir doch mehr Vertrauen.
Balde Schnee und Eis da thauen,
Eh' Du noch verzagest.
Hüll' Dein blasses Antlitz mit mir.
Ich das Fest entsprechend zier',
Dass Du nicht verklagest.

4.

Vor den Masken Kinder fliehen.
Ja, ihr Wert lässt Kassen blühen
Selbst zu allen Zeiten.
Sie ist's, die den Müller hüllet,
Unerkenntlich Wangen füllet,
Will Dir Lust bereiten.

5.

Maskentage giebt es drei,
Vier darüber, wo die Weih'
Uns'res Königs war. —
Deren Wert und deren Klang
Man so häufig schon besang.
Was da stand, bewahr.

6.

Scheint auch sinnlos, wer sie liebet,
Wenn Ihr sie nur lang betriebet.
Lob wär euch gebracht.
Kern und Wissen bergen sie,
Die Historika verlieh,
Trauer wird verlacht.

7.

Wünscht Euch Fastnachtszeit herbei,
Ob's noch heftiger da schnei'.
Trübe Sorgen tilget sie.
Mindert es auch an der Kasse,
Stimmt es dennoch viel zum Spasse.
Das vergess' mir nie.

II. Die Quadratur des Zirkels.

Aufgabe: Aus dem Kreise $ABCD$ ein Quadrat $DEFG$ zu machen.

Auflösung: Aus dem Kreise $ABCD$ kann man ein Quadrat auf folgende Weise construiren: Man misst den Durchmesser AC nach Centimetern; er sei 10 Cm. oder 1 Dcm. lang. Die Länge der Peripherie ist bekanntlich 3·14159mal so gross als der Durchmesser. Da nun der Durchmesser AC 1 Dcm. gross ist, so ist die Peripherie $ABCD$ 1 Dcm. × 3·14159 gross = 3·14159 Dcm. Eben so gross ist der Umfang des Quadrates. 3·14159 : 4 = 0·7853975. Diese Zahl in Decimetern ist die Seite des gesuchten Quadrates. 0·7853975 Dcm. = 7·853975 Cm. Zur Construction können wir nur 7·85 brauchen. Man zieht nach dem Metermaasse eine 7·85 Cm. grosse Linie, errichtet auf einem ihrer Endpunkte mit dem Winkelholz eine eben so grosse Senkrechte. Dann zieht man zu jeder dieser zwei Linien die genau so grosse Parallele, indem man auf dem Endpunkte einer jeden derselben mit dem Winkelmesser (Winkelholz) eine Senkrechte errichtet.

Geschrieben in der psychiatrischen Klinik zu Würzburg am Dienstag, den 26. März 1889. L. B. aus K.

III. Defiuitionen.

1. Literat ist die Auseinandersetzung irgend eines zu erörternden Punktes.
2. Prosaisches Literat heisst man ein geistiges Erzeugniss, welches frei von Reim ist.

3. Poetisches Literat neunt man ein Schriftstück, das mehr den Charakter des Schönen und Erhebendeu, als das Princip des Beruhigenden hat.

4. Was ist Volksliteratur? Volksliteratur ist die Gesammtheit der geistigen Leistungen einer Nation, sowohl in gebundener als ungebundeuer Redeform.

5. Was ist wissenschaftliche Literatur? Unter wissenschaftlicher Literatur versteht man das gesammto, von eiuem bestimmten Lehrgegenstande handelnde Bücherweseu, welches iu der Regel nur in den Händen der Gelehrtou ist.

6. Was ist epische Poesie? Epische Poesie ist jedes prosaische Erzeugnis, welches hauptsächlich von Helden handelt, die in der Regel glorreich aus der Darstellung hervorleuchteu.

7. Was versteht mau uuter lyrischer Poesie? Unter lyrischer Poesie versteht man jene Art vou Dichtung, welche Naturschöuheiten bewundert, Helden und ihre Thaten besingt, Glückliche preist und Todte beweint.

8. Was ist Didaktik? Didaktik ist jene Dichtart, die als Zweck oder Ideal ihrer Schilderung die Belehruug hat.

9. Was heissen wir dramatische Poesie? Dramatischo Poesic heisseu wir jene Darstellungsart, welche mit der Epik die Aehnlichkeit hat, dass sie erzählt; unterscheidet sich vou der letzteren aber dadurch, dass sie in der Regel viele Personen schildert, die eiuer Hauptperson als Ideal huldigeu; nicht nur allein von Vergangenheit erzählend, entwickelt sich aus der Dramatik ein ethisches Gemälde, für uus und spätere Geuerationen eiu warnendes Beispiel in unserem Umgange mit der Menschheit bildend.

10. Was ist Katastrophe? Katastrophe ist jenes entscheidende Moment einer dramatischen Erzählung, iu welchem das Ernste der zugrunde gelegten Begebenheit seinen höchsten Grad erreicht, der gewöhnlich einer baldigen Entscheidung vorangeht.

11. Was ist Roman? Roman ist eine deutliche, ins Eiuzelue des alltäglichen Lebens gehende Schilderung, die in der Regel an ihrem Schlusse von Wiederaussöhnung redet und in welcher oft die verschiedeusten Gemüthsbewegungen zweier sich Liebenden herzergreifend gelichtet sind.

12. Was ist Novelle? Novelle bildet eiue kleine, meist interessante Mittheilung aus einer fremden Stadt oder Gegend, dio mehr, ihrer Form nach, der Geschichte als der Liebeserzählung gleicht.

13. Was ist Elegie? Elegie ist ein in poetischer Form gegebcues Trauerlied, in welchem ungefähr ein theurer Freund oder woiser Herrscher beklagt wird.

Diese bei Gebildeten auftretenden Formen des primären Schwachsinns, welche sich durch die verworrene Verwendung früher erworbener Bildungselemente auszeichnen, sind am ersten zur psychiatrischen Cognition gekommen und sind zum Theil als Hebephrenie beschrieben worden. Die sonderbare Thatsache, dass trotz der Häufigkeit der Erkrankung, dieselbe, abgesehen von den Mittheilungen über Hebephrenie, in der Literatur ganz im Hintergrunde steht, erklärt sich daraus, dass

1. der Beginn der Erkrankung selten so stürmisch ist, um eine rasche Aufnahme in eine Anstalt nothwendig zu machen;
2. dass, wenn diese rasche Aufnahme nothwendig gewesen wäre, diese sich wegen der erschwerten Aufnahmeverhältnisse meist so lange hinauszögerte, bis das kurze Erregungsstadium vorbei war, so dass die Irrenärzte diesen primären Schwachsinn selten in statu nascendi sehen konnten;
3. dass der Grad des Schwachsinns meist so gering ist, dass in vielen Kreisen an die Anstaltsverpflegung solcher Kranker überhaupt nicht gedacht wird;

4. dass im Zusammenhang hiermit nur die gebildeten und reicheren Familien solche Kranke der Anstaltspflege übergaben und somit den an die Anstalten gebundenen Irrenärzten diese Krankheitsform zum Bewusstsein brachten.

Damit hängt zusammen, dass diese Krankheitsform an denjenigen öffentlichen Anstalten am häufigsten beobachtet werden wird, an welchen die Aufnahmebedingungen und Verpflegssätze eine rasche und unterschiedslose Aufnahme ermöglichen.

Der primäre Schwachsinn ist also eine Krankheit, welche in statu nascendi gerade den praktischen Aerzten am häufigsten zur Cognition kommt, während die fertigen Zustände mehr der Beobachtung der Irrenärzte anheimfallen.

Neben der Diagnose ist für den praktischen Arzt besonders die Kenntnis der durchaus endogenen Natur dieser Geistesstörung, ihr degenerativer Charakter wichtig. Denn gerade in solchen Fällen wird fast immer von den Verwandten eine Causa externa gesucht, welche als Grund zur Recrimination gegen irgend welche Personen, die an der Geistesstörung „schuld" sein sollen, dienen muss. Dieser Umstand kommt besonders auch bei den in der Militärzeit ausbrechenden Fällen von primärem Schwachsinn in Betracht.

Diese auf endogenem Wege schwachsinnig Werdenden sind natürlich unfähig, den Anforderungen des Militärdienstes zu genügen, und werden dann, weil die pathologische Natur des Zustandes von der Umgebung nicht erkannt wird, manchmal arg geplagt. Wird nun die Geistesstörung deutlicher, so soll dann jemand aus der Umgebung, z. B. ein Unterofficier, welcher dem anscheinend „störrischen" Menschen vielleicht Schläge versetzt hat, „schuld" sein. In solchen Fällen muss die Frage, ob etwa primärer Schwachsinn vorliegt, stets auf das Genaueste geprüft werden.

Klinisch sehr interessant sind diejenigen Formen des primären Schwachsinns, welche symptomatisch in statu nascendi der Paranoia ähnlich sehen. Man hat diese Formen unter dem besonderen Namen der Dementia paranoides hervorgehoben. Im Hinblick auf die symptomatischen Beziehungen zur Paranoia könnte die Frage aufgeworfen werden, ob nicht hierbei die Paranoia als Grundkrankheit anzuerkennen und die rasch eintretende Verblödung als eine Besonderheit des Verlaufes einzelner Paranoiafälle anzusehen ist. Das Studium der Originärverrückten und der im späteren Leben an Verfolgungswahn Erkrankten zeigt jedoch, dass die Paranoia durchaus nicht nothwendig zur Verblödung führt, wenn allerdings auch bei spät entstehender Paranoia, wie wir zeigen werden, Fälle vorkommen, bei denen im Lauf von vielen Jahren völlige begriffliche Verwirrtheit auftritt. Jedenfalls kommen im Alter von 15—25 Jahren Fälle vor, in denen nach einem kurzen paranoiaähnlichen Vorspiel das Bild des Schwachsinns mit zusammenhangslosen Resten der paranoischen Gedanken sehr rasch hervortritt. Der Streit, ob es sich hier um eine primäre paranoiaähnliche Demenz oder um eine rasch zur Demenz führende Paranoia handelt, wird sich wahrscheinlich dahin schlichten lassen, dass beide Krankheiten Degenerationsprocesse sind.

An dieser Stelle ist als klinischer Typus, unter welchem der primäre Schwachsinn auftreten kann, der hallucinatorische Wahnsinn zu nennen. Dieser lässt sich jedoch klinisch von dem echten hallucinatorischen Wahn-

sinn durch das von vornherein im Vordergrunde stehende Moment des Schwachsinns in vielen Fällen schon diagnostisch, nicht blos retrospectiv unterscheiden.

Es treten bei jugendlichen Individuen plötzlich Sinnestäuschungen auf, welche zu einem incohärenten Wahnsystem verarbeitet werden. Das Charakteristische in Bezug auf die von vornherein bestehende Grundkrankheit, nämlich den ausbrechenden Schwachsinn, ist der Mangel an gemüthlicher und motorischer Reaction auf die Sinnestäuschungen. Die Kranken sagen, dass sie verfolgt seien, sind dabei aber keineswegs traurig, wie die an echtem Verfolgungswahn leidenden, auch führen sie nur selten und nur in sehr schwächlicher Weise Handlungen aus, welche im Sinne des Wahnes consequent wären. Sie behaupten, dass die Stimmen ihnen herrliche Dinge über ihre Zukunft erzählen, machen aber ohne Widerrede gewöhnliche Arbeiten. Es zeigt sich eine Incohärenz zwischen ihren Handlungen und den von Hallucinationen genährten confusen Wahnideen. Während zwischen dem echten hallucinatorischen Wahnsinn und der Paranoia ein klinischer Unterschied zu machen ist, gehen die Grenzen zwischen den im Beginn des primären Schwachsinns auftretenden Abbildern dieser Typen in einander über. Man kann hier nur von einem mehr chronischen oder mehr acuten Beginn des Leidens sprechen. Deshalb kann man diese Fälle kurz unter dem Namen Dementia paranoïdes* zusammenfassen.

Manchmal ist die Periode der Sinnestäuschungen und der Wahnbildung so kurz, dass der Ausbruch des Schwachsinns ganz übersehen werden kann und diese Menschen sozusagen über Nacht schwachsinnig werden.

Wir kommen also nunmehr zu der Besprechung des unter der Form einer Paranoia oder hallucinatorischen Wahnsinns bei jugendlichen Personen auftretenden Schwachsinns, welcher, wie angedeutet, allerdings auch als eine rasch zur Verblödung führende Form von Paranoia aufgefasst werden könnte.

Ueber die Stellung dieser Erkrankungen im Rahmen einer Classification kann, wie schon gesagt, ein Zweifel bestehen, je nachdem man entweder die paranoische Periode des Anfangs oder die terminale Verwirrtheit als das Wesentliche der Erkrankung aufgefasst hat. Ob sich differentialdiagnostische Momente finden lassen zwischen derjenigen Form des primären Schwachsinns, welche symptomatisch mit der Paranoia Aehnlichkeit hat, und der bei jugendlichen Personen auftretenden Form von Paranoia, welche enorm rasch zum Schwachsinn führt, ist noch zweifelhaft.

In den meisten Fällen tritt sehr rasch ein phantastischer, von Hallucinationen genährter Grössenwahn zutage, den wir auch bei den später ausbrechenden Formen von Paranoia als ein Kennzeichen baldiger Verblödung kennen lernen werden.

Hierher gehört folgender Fall:

K. R. aus Uehlfeld, Dienstmädchen, aufgenommen am 28. Juni 1890 im Alter von 25 Jahren. Eine Schwester der Mutter war im Klimakterium kurze Zeit, circa 8 Tage, geistig gestört, wurde nicht in die Anstalt gebracht. Sonst keine Heredität zu ermitteln. Ganz normale Entwicklung. Seit zwei Jahren vor

* Cfr. *Kraepelin*, Psychiatrie. 1896, Seite 463.

der Aufnahme ununterbrochen in einer Stelle als Dienstmädchen. Die Krankheit begann 7 Wochen vor der Aufnahme. Sie wurde misstrauisch gegen die Umgebung, behauptete, die Leute reden und flüstern über sie (z. B. „sie sei nicht gescheidt", „sie steige auf den Dächern herum"). Dann traten Verfolgungsideen auf. Ihre Verwandtschaft habe sich verbündet, um ihr Vermögen zu nehmen, sie umzubringen. Dabei war sie immer ruhig, Appetit und Schlaf waren immer regelmässig.

In dieser Anamnese, welche zunächst das Bild eines durch Sinnestäuschungen genährten Verfolgungswahns giebt, sind zwei Züge bemerkenswerth, erstens der eigenthümlich schwachsinnige Inhalt ihrer Gehörstäuschungen („sie steige auf den Dächern umher"), zweitens die auffallende Affectlosigkeit gegenüber den Hallucinationen und Wahnideen. Höchst wahrscheinlich sind dies Momente, welche prognostisch für die Frage nach der social mehr oder minder störenden Richtung, in welcher sich die Paranoia entwickeln wird, in Betracht kommen.

Vielleicht kündigt sich gerade in diesen beiden Zügen bei einer Krankheit, welche im übrigen bis dahin völlig mit dem chronischen Verfolgungswahn übereinstimmt, der Ausgang in Verwirrtheit schon an.

Es zeigte sich nun folgender Status: Körperlich völlig normal. Blühendes Aussehen. Gesichtsausdruck freundlich und zufrieden. Giebt anscheinend ganz verständig Auskunft. Macht manchmal eine geheimnisvolle Miene und scheint etwas zu verbergen. Wahnideen vorläufig nicht zu ermitteln.

1. Juli 1890. Die Wahnideen kommen allmählich zutage. Sie glaubt einen grossen Schatz zu besitzen. Dieser liegt zum Theil in München im Königsschloss. Es sind darin Gold, Edelsteine, kostbare Ohrringe. Auf die Frage, wie sie zu diesem Schatz gekommen sei, sagt sie: das sei ein Glück gewesen. Sie hat es am Benehmen der Leute gesehen, dass sie so reich sein müsse.

10. Juli. Sie meint, sie sei eine Fürstin, brauche deshalb nichts zu arbeiten. In der That ist sie zu keiner Arbeit zu bewegen. Meist zeigt sie ein heiteres Aussehen, manchmal wird sie zornig und widerspenstig. Beklagt sich über Freiheitsberaubung, sagt, sie sei nicht geisteskrank. Bei einem Spaziergang mit der Wärterin erregt sie dadurch Aufsehen, dass sie vor einem Heiligenbild sonderbare Gesten macht und nicht fortzubekommen ist.

28. Juli. Verfolgungsideen sind ganz in den Hintergrund getreten. Sie zeigt einen confusen Grössenwahn. Ist schon jetzt eher schwachsinnig als paranoïsch zu nennen. Wird mit der Prognose, dass sie lebenslänglich schwachsinnig bleiben wird, entlassen. Ist andauernd schwachsinnig geblieben, nicht mehr paranoïsch.

Hier zeigt sich also eine überraschend schnelle Aufeinanderfolge von Verfolgungsideen, Grössenwahn und psychischer Schwäche. Es muss schon hier bemerkt werden, dass ein ganz ähnlicher Process sich in manchen Fällen von spät ausbrechender Paranoia, allerdings in einem Zeitraum von vielen Jahren, vollzieht.

Ganz entsprechend verhält es sich in folgendem Falle:

A. W. aus Z., Stubenmädchen, aufgenommen am 23. Juli 1893 im Alter von 23. Jahren. Heredität nicht nachzuweisen. Als Kind sehr mürrisch. Seit 6 Monaten Stubenmädchen in einem Hôtel. War öfter unglücklich, hat öfter geweint. Hat gewöhnlich mit Niemandem gesprochen. Im letzten Vierteljahr körperlich abgenommen. Seit 6 Wochen auffallendes Benehmen, ohne dass die Umgebung gerade an Geistesstörung dachte. Lag oft halbe Nächte wach und betete. Am Tage vor der Aufnahme sprach sie von einer „Stimme". Sie lachte viel, hat alle Leute begrüsst, zeigte ein glückliches, pathetisches Wesen, forderte die Leute auf, ihr die Hand zu reichen, man solle ihr gut und freundlich sein.

Am Tage darauf, nachdem sie sich sonntäglich gekleidet hatte, gab sie an, sie sei Braut. Redet alle mit „Du" an. Schmückte alle Kehrbesen mit Schleifen.

Sagte, es gehe etwas Besonderes vor. Es sei ein Glückstag, eine Stimme habe es gesagt.

Sie fragte, wann sie heiraten werde, sie müsse ja in den nächsten Tagen heiraten. Dann wollte sie wissen, wann der Namenstag des heiligen Aloisius sei, sie wolle ihm gratuliren. Ueber den Inhalt der Stimmen gab sie an, dass sie nur schöne Sachen höre. Sie gab an, dass sie nur, wenn sie allein sei, die Stimme höre. Sie wollte durchaus im Hut serviren, die Stimme habe es gesagt.

Status bei der Aufnahme: Morphologisch durchaus normal. Keine Organerkrankungen, keine Innervationsstörungen. Sagt, dass etwas Ausserordentliches passiren werde, deutet eine Heirat an, ferner sagt sie, dass es in der Ewigkeit sehr schön sei. Sie lacht öfter in geheimnisvoller Weise. Sie giebt an, öfters nachts Gestalten gesehen zu haben, eine Stimme habe ihr Wichtiges über Zukunft und Ewigkeit verkündet. Meist waren es heitere Dinge, die sie sah und hörte. Wenn die Stimme einmal Hässliches sagte, z. B. wenn sie auf andere Leute schimpfte, so hat sie sich die Ohren zugehalten. Verfolgungsideen sind nicht zu ermitteln. Ihre Gemüthsstimmung ist im allgemeinen heiter, selten wird sie unwirsch.

24. Juni 1893. Sie hält die Gestalten, welche sie nachts sieht und die mit ihr sprechen, für Wirklichkeit. Sie sagt: „Das sind Thatsachen und keine Visionen.“ Sie hat „Gutes und Schlimmes gesehen“ Die Leute haben oft über sie geredet, es hat ihr immer so in den Ohren geschellt. In der letzten Nacht hat sie einen feurigen Mann am Bett gesehen. Sie fürchtet sich aber nicht vor diesen Erscheinungen. „Im Gegentheil, ich muss mich freuen.“ — Die Erscheinungen sprechen von der Zukunft, manchmal von der Vergangenheit, meist Erfreuliches, öfter auch hässliche Dinge. Die Stimmung ist meist heiter, manchmal erotisch. Fordert den Arzt auf, sich zu ihr ins Bett zu legen (nb. war früher sehr sittsam). Verfolgungsideen fehlen ganz. Das Unangenehme, was sie hört, bezieht sich oft gar nicht auf sie, sondern auf andere Leute. Dabei besteht Personenverwechslung. Eine aufgeregte Kranke im Nebenzimmer hält sie für ihre Schwester und will mit ihr fortgehen. Einen Arzt erklärt sie für ihren Vater. Dabei zeigt sich etwas Neckisch-Kindisches. Einmal sagt sie auf eine Frage: „Als mein Papa müssen Sie das doch wissen.“ Auf die Entgegnung, dass sie ja doch einen Arzt vor sich habe und nicht ihren Vater, weshalb sie denn meine, dass sie ihren Vater vor sich habe, sagt sie: „Sie haben ja doch ein Bissel Buckelnase wie ich.“

Ferner tritt hervor, dass sie meist von dem Fragenden meint, er wisse eigentlich die Sache, nach der er gefragt hat, selbst. Sie bringt oft die Phrasen vor: „Das werden Sie wohl schon wissen“, „Das wissen Sie besser und länger als ich.“ Dies ist ein bei Paranoïschen sehr häufig zu beobachtender Zug. Sodann sucht sie oft hinter gleichgiltigen Dingen geheimnisvolle Bedeutung. Die Phrase: „Da steckt etwas dahinter“ bringt sie sehr häufig vor.

27. Juni 1893. Sie ist stolz darauf, dass sie so merkwürdige Dinge sehen darf (feurige Männer, Engel, Wolken).

8. August. Hat heute Morgen ins Bett urinirt, was bisher nie vorgekommen ist. Motive sind nicht zu ermitteln. Verfolgungsideen nicht zu ermitteln. Sie hat immer noch phantastische Gesichtstäuschungen, bildet aber kein „Wahnsystem“ Wird beschäftigt, was meistens leicht geht. Manchmal Schwankungen der Stimmung mit entsprechender Färbung der Sinnestäuschungen.

29. August. Heute probeweise entlassen. Ist schon jetzt vielmehr dem Schwachsinn als der Paranoia zuzurechnen.

Prognose: Lebenslänglicher Schwachsinn leichten Grades.

Januar 1894 wurden Erkundigungen über die Kranke eingezogen. Die Eltern schreiben, dass sie keine verkehrten Dinge mehr redet, manchmal noch ohne äusseren Anlass lacht und zur Arbeit nicht recht zu bringen ist. W. selbst schreibt, dass sie ganz gesund sei, „man solle sich wegen ihres Kopfes nicht sorgen“ Nach dem Brief der Eltern ist sie mässig schwachsinnig, entsprechend der Prognose.

In dieser Krankengeschichte treten von Anfang an die heiteren Sinnestäuschungen und Grössenideen ganz in den Vordergrund. Verfolgungsideen fehlen. Die Entwicklung geht im Laufe von circa 2½ Monaten soweit in der Richtung des Schwachsinnes vorwärts, dass die in psychologischer und socialer Beziehung wichtige Prognose mit ziemlicher Bestimmtheit gestellt werden konnte.

Es müssen nun die Beziehungen, in welchen diese rasch zum Schwachsinn führenden Fälle von Paranoia bei jugendlichen Individuen zur „originären Paranoia“ stehen, im Hinblick auf diesen Fall erörtert werden.

Abgesehen von der einen Angabe, dass W. als Kind sehr mürrisch gewesen sei und in ihrem Dienst von Anfang ein sonderbares Wesen gezeigt hat, liess sich Folgendes ermitteln:

Sie ist schon in der Klosterschule, wo sie als Kind war, durch ihr eigenthümliches Wesen aufgefallen. Die Mutter hat sich über den Ausbruch der Krankheit nicht gewundert, sondern hat zu der Dienstherrin, welche sie beim Ausbruch rasch entschlossen in die Anstalt brachte, gesagt: „Ich hab' mirs doch immer gedacht, dass mit der etwas passirt.“ Vor einem Jahr hat sie sich einmal in einen Abort eingeschlossen und hat heftig geweint. Sie selbst sagte manchmal aus, dass sie schon seit einigen Jahren „Erscheinungen“ habe.

Allerdings lassen sich diese Züge leicht wegdisputiren. Es ist klar, dass Verwandte nach Ausbruch einer Krankheit längst vergangene Erscheinungen in einem grellen Lichte sehen, so dass manche ganz normale Handlung eine pathologische Färbung bekommt.

Ferner sind Angaben, dass Kinder „mürrisch“ oder dergleichen gewesen sind, durchaus nicht als Zeichen von pathologischer Beschaffenheit derselben anzusehen. Schliesslich kann man die eigenen Angaben der Kranken als retroactive Sinnestäuschungen auffassen. Es fallen also scheinbar alle Argumente weg, aus welchen man annehmen könnte, dass es sich bei W. nur um den acuten Ausbruch einer schon längst in dem Kinde entwickelten Paranoia handelt.

Immerhin ist es nothwendig, bei den weiteren Studien über die Dementia paranoïdes, beziehungsweise die Paranoia ad dementiam vergens die Beziehung zur originären Verrücktheit im Auge zu behalten.

Das Wesentliche an der Erkrankung ist der degenerative Charakter, welcher sich in dem nach kurzem paranoïschen Stadium eintretenden dauernden Schwachsinn zeigt.

Die Paranoia.

Das Wort Paranoia (von παρά, neben; νοῦς, Verstand) bezeichnet das „Danebendenken“, das Abweichen vom richtigen Wege beim Denken. In diesem Wortbegriff wird also mit Recht der Nachdruck auf die Wahnbildung gelegt, neben welcher sich klinisch noch eine Reihe von anderen Symptomen aufführen lässt.

Als erster Punkt für die Diagnose der Paranoia muss nun der Satz aufgestellt werden, dass nicht jede Wahnbildung ohne weiteres als Paranoia aufgefasst werden soll. Wahnbildung ist ein in die allgemeine Psychopathologie gehöriges Symptom, welches bei den verschiedensten Krankheiten vorkommen kann. Wer die Wahnbildungen, die sich z. B. an die durch eine Intoxication mit Alkohol, Cocain, Cannabis indica etc. be-

dingten Hallucinationen anschliessen oder aus einer Stimmungsanomalie entspringen, oder auch die Wahnbildungen bei Paralytischen als Paranoia bezeichnet, thut dasselbe, als wenn man in der körperlichen Medicin bei allen Fällen von Seitenstechen die Diagnose auf Pneumonie stellen wollte; in beiden Fällen wird ein allgemeines Symptom für eine bestimmte Krankheit gehalten.

Es ist also die erste Regel in allen Fällen, wo Wahnbildung vorliegt, genau zu untersuchen: 1. ob eine organische Hirnerkrankung (progressive Paralyse) vorliegt, welche dieselbe ausnahmsweise als Symptom haben kann, 2. ob eine Intoxicationserkrankung vorliegt, 3. ob eine andere functionelle Nervenkrankheit vorhanden ist, bei welcher die Wahnbildung nur ein nebensächliches Symptom sein kann. Bei der echten Paranoia ist die chronische progressive Wahnbildung das Wesentliche der Krankheit. Alles andere: Hallucinationen, Stimmungsanomalie, motorische Erregungen, sind nur Nebenzüge. Wir fassen also den Begriff der Paranoia viel enger auf, als es gewöhnlich geschieht, wenn man ohne weiteres alle Fälle, in welchen sich die beiden Symptome Hallucinationen und Wahnbildung vorfinden, als Paranoia erklärt. Es muss mit dieser rein symptomatologischen Betrachtungsweise in der Psychiatrie durchaus gebrochen werden. Es kommt in der Psychopathologie nicht nur auf den blossen Bestand von Symptomen, sondern auf ihre Pathogenese und Verknüpfung an. Hallucinatorischer Wahnsinn und Paranoia sind zwei ganz verschiedene Krankheiten, welche nur bei der vergleichenden Zusammenstellung und Identificirung einzelner Symptome, nie aber bei der Vergleichung der Symptomengruppen für gleich gehalten werden können. Die schlagendsten Analogieen für diese Identität einzelner Theile bei völliger Verschiedenheit des durch die Gruppirung entstehenden Gesammtsinnes bietet die Arithmetik: z. B. stimmen die Zahlen 31 und 13 in ihren einzelnen Bestandtheilen völlig überein, während durch die Zusammenstellung eine ganz andere Grösse herauskommt. Sollte jemand dieses mathematische Argument für wenig angebracht psychischen Phänomenen gegenüber betrachten, so bietet auch die körperliche Medicin für diese merkwürdige Erscheinung der Psychopathologie eine Reihe von Beispielen.

Auch bei den Fällen von Verbindung psychischer und körperlicher Symptome zeigt sich das Gleiche. Z. B. kann das gleichzeitige Bestehen von Geistesstörung und Albuminurie ganz verschiedene „Gruppirung“ der Symptome zeigen. In einem Falle (alkoholistisches Delirium) sind beide Theilerscheinung einer Grundkrankheit, im anderen Falle (Nierenerkrankung, Urämie) kann die körperliche Erkrankung das Wesentliche und die Geistesstörung Folgezustand sein. Ebenso verhält es sich bei rein körperlichen Symptomengruppen. Z. B. kann eine Mitralinsufficienz entweder Folge oder Ursache der gleichzeitig bestehenden Hypertrophie und Dilatation des linken Ventrikels sein. Im Lichte dieser Thatsachen der allgemeinen Pathologie müssen nun auch die psychopathischen Symptome einer genauen Untersuchung in Bezug auf ihren pathogenetischen Zusammenhang unterzogen werden. Vor allem ist eine Abgrenzung der Paranoia einzig unter Anwendung dieser Kriterien möglich.

Jedenfalls trennen wir den hallucinatorischen Wahnsinn völlig von der Paranoia, mit welcher er nur symptomatische Aehnlichkeit, aber keine pathogenetische Uebereinstimmung zeigt.

Für den hallucinatorischen Wahnsinn gilt der Satz: Sublata causa cessat effectus. Verschwinden die — vielleicht durch eine bestimmte causa externa — hervorgerufenen Sinnestäuschungen, so verschwindet die Wahnbildung. Bei der Paranoia dagegen sind die Hallucinationen Begleiterscheinung der Wahnbildung, welche bestehen bleibt, wenn auch jene temporär verschwinden.

Die Paranoia kann zunächst nach der Zeit des Ausbruches, womit die klinischen Erscheinungsformen zusammenhängen, eingetheilt werden:

I. in die originäre Paranoia,
II. die Paranoia tarda.

Es ist schon angedeutet worden, dass die Lücke, welche hier in Bezug auf die Zeit des Ausbruches gelassen wird, vielleicht durch die Dementia paranoïdes ausgefüllt werden kann, d. h. also, dass diese eine in jugendlichem Alter ausbrechende und rasch zum Schwachsinn führende Paranoia ist.

Die Paranoia tarda muss nach ihrem klinischen Verlauf in zwei Formen eingetheilt werden:

a) Die constant bleibende Paranoia, bei Intactheit der übrigen geistigen Leistungen, welche speciell als chronischer Verfolgungswahn auftritt.

b) Die progressiv zur Verwirrtheit führende Paranoia.

Die originäre Paranoia.

Es handelt sich um Menschen, bei denen die Entwicklung von verkehrten Ideen sich bis in die frühe Kindheit zurück verfolgen lässt, und die oft schon in sehr frühem Lebensalter in völliger Paranoia, beziehungsweise postparanoïschem Schwachsinn endigen. Diese Art von Geistesstörung führt stets zu dauernder Geistesschwäche und muss deshalb zu den degenerativen Zuständen im engeren Sinne gerechnet werden.

C. Sch., Schreiber aus K., aufgenommen am 25. September 1888 im Alter von 22 Jahren. Heredität nicht zu ermitteln. Nach dem Verlassen der Schule kam Sch. als Schreiber zu einem Advocaten. Vor einem Jahre klagte er öfter beim Nachhausekommen, „er halte es in der Schreibstube nicht mehr aus, es werde so eingeheizt, man wolle ihn anscheinend vergiften“ Er sang dabei, pfiff, schimpfte und weinte durcheinander. Nach einigen Tagen wieder ruhig, ging aber seiner Beschäftigung nicht mehr nach.

Bei der Aufnahme zeigte er sich völlig paranoïsch. Er sei ein untergeschobenes Kind, er sei in Kleinasien geboren und von seinen Eltern, die zur Kur in K. waren, zur Verpflegung zu Herrn Sch. (seinem richtigen Vater) gegeben worden. In seinen paranoïschen Phantasieen spielt eine Hebeamme und ein Staatsanwalt eine grosse Rolle. Sch. gewöhnte sich in der Anstalt rasch ein, wurde ein gewandter Schreiber. Von Zeit zu Zeit bekommt er Aufregungen oder schreibt Eingaben. Ein vollständig klarer Zusammenhang ist in seinen Ideen nie zu finden. Im Einzelnen wechseln seine Wahnideen etwas. Einmal ist er aus Kleinasien, das anderemal aus Brasilien. Manchmal ist er Harun al Raschid, manchmal unterschreibt er sich als Carl Sch. Sein Geisteszustand wird am besten aus folgenden Schriften klar:

An die syrische Regierung zu Handen des Kriegsministers in Smyrna. (Kleinasien.) Betreff: Anmeldung des Recruten Harun al Raschid von dort. Der gehorsamst Unterzeichnete bittet um baldgefl. Anweisung einer Summe Geldes, die zur Reise dorthin nöthig ist, um rechtzeitig in der Kaserne nach Cairo einrücken zu

können, und bietet gleichzeitig seine Dienste als Zahlmeister unterthänigst an. Bezl. seines Gesundheitszustandes bezieht er sich ausschliesslich auf das Zeugnis des pr. Arztes Hrn. Dr. I . . . in Bad K . . . . , Gehorsam Harun al Raschid, derzeit unter Beobachtung in der psychiatrischen Klinik in Würzburg. Rothkreuzstr., am 12. October 1888.

Würzburg, 4. December 1892. Sehr geehrter Herr S . . . . ! Ich bin Gott sei Dank wieder genesen und wohl und habe mir einen weiteren Zahn ziehen lassen müssen. Ich glaube, dass ich Euch wieder einmal Weihnachten einen Besuch machen kann und Ihr werdet Euch gewiss freuen, wenn Ihr mich in anderer Verfassung sehen werdet. Warum erfahre ich keine Neuigkeiten von Euch? Wie geht es Euch? Hoffentlich wird das Christkind bei Euch recht gut ausfallen und Euch eine schöne Bescheerung bringen. Was für eine schöne Zukunft könnte ich haben, wenn Ihr mir meine Sachen prüfen würdet, so würdet Ihr Euren Stolz behaupten und Euch nicht so elend behandeln lassen. Wo habe ich es denn verdient, da ich in meinem vollsten Rechte bin. Unehrlichen Leuten gelingt alles. Habe ich vielleicht kein Geld zu bezahlen, Schulden, die ich nicht bezahlen kann? Es ist gemein, was man mir angethan und ich nicht verdient habe. Wie geht es Herrn Baron v. L . . . ? Viele herzl. Grüsse an alle Verwandte und Bekannte Euer aufrichtiger Sohn Johann Karl Josef Sch . . .

Würzburg, 19. Februar 1893. Liebe Eltern! Es müsste mir eine grosse Freude sein, zu erfahren, wann es einmal Zeit wäre, dass es mit Euch anders würde. Die Ungezogenheiten habe ich satt, es kommt der Anstand vielleicht zu spät. Aber auch das Angenehme, das man leider entbehren muss, kommt oft mit Reue und Geständnis im Zuchthaus heraus. Vielleicht kommt eine anständige Behaudlung und was wenn Ernst am Galgen gemacht wird? Wer den verdient hat, er wird ihn bekommen. Der Zahn muss heraus und mein Schaden durch widerrechtliche Verkümmerung meiner Rechte gut gemacht! Euer ewig dankbarer Sohn Karl Johann Josef.

27. October 1893. An das hohe Polizeipräsidium Würzburg. Nachdem ich seit einer Reihe von Jahren ohne Hoffnung auf meine Rückkehr in die Heimat (Brasilien) hier in der psychiatrischen Klinik internirt bin, so ersuche ich um gehorsame Aufklärung, wann meine gesetzliche Operation des Stockzahnes (Zahnhummer) erfolgt. Den Termin werden Sie gefälligst mir bekanntgeben. Ist dann eine Freilassung unter polizeil. Schutz möglich, da die hieraus entstehenden Folgen wegen fahrlässiger Tödtung, verursacht durch mangelhafte Ausgänge und werthlose Freiheitsberaubung, Sprachkenntnisse etc., Kosten, Schäden der Staat nicht tragen kann. Gehorsam: Karl Johann Josef S . . . .

Diese Fälle von originärer Paranoia zeigen stets einen mehr oder minder grossen Grad von Schwachsinn mit Bruchstücken der früheren Wahnbildung. In diesem Punkte liegt das social Günstige dieser Krankheit. Die meisten Paranoïschen können in der Anstalt noch relativ nützliche Mitglieder dieses Gemeinwesens werden, weil sie zwar im Stillen noch an ihren wahnhaften Gedanken spinnen, aber sich in die Thätigkeit des Anstaltslebens oft überraschend gut einfügen.

Die Paranoia tarda.

Wir haben den chronischen Verfolgungswahn bei Intactheit des sonstigen intellectuellen Zustandes als eine besondere Gruppe der progressiv zur Verblödung führenden Form der Paranoia entgegengestellt. Es zeigt sich allerdings, dass viele Fälle von scheinbar ganz isolirtem Verfolgungswahn allmählich im Laufe von 20 und mehr Jahren schliesslich doch zu einem beträchtlichen Grade von Schwachsinn führen, so dass die Intact-

heit der sonstigen intellectuellen Functionen nicht für den ganzen Ablauf der Krankheit zutreffend ist. Vielleicht handelt es sich in der That nur um den sehr verlangsamten Ablauf des gleichen Degenerationsprocesses, welcher in anderen Fällen relativ rasch (d. h. im Laufe von mehreren Jahren) zu postparanoïscher Verwirrtheit führt. Es giebt ein diagnostisches Kriterium, welches mit einiger Sicherheit diesen rascheren oder langsameren Verlauf zu einem in socialer Beziehung relativ günstigen Zustand von Schwachsinn bei der Paranoia erkennen lässt: nämlich das baldige Auftreten, beziehungsweise das langdauernde Fehlen von Grössenwahn bei dem bestehenden Verfolgungswahn. Jedenfalls haben die Fälle von reinem Verfolgungswahn ohne Grössenwahn einen klinisch besonders in Bezug auf den voraussichtlichen Ablauf der Krankheit verschiedenen Charakter.

Das Wesentliche des Verfolgungswahnes ist das constante Festhalten der gleichen Wahnideen in Bezug auf die gleichen Personen. Das Charakteristicum liegt nicht blos in dem Vorhandensein von Wahnideen, sondern in der Constanz und deductiven Folgerichtigkeit derselben.

Dieser Begriff des Paranoïschen ist der wesentliche Maassstab bei der Abgrenzung des hysterischen Charakters, welcher mit seiner Beeinflussbarkeit und dem wechselnden, von aussen angeregten Inhalt des Denkens dem Paranoïschen durchaus entgegen zu setzen ist.

Eine Eintheilung dieses chronischen Verfolgungswahns nach den speciellen Eigenarten desselben kann in der Psychopathologie nur eine temporäre Bedeutung haben, da nach dem Gesammtbewusstsein des Volkes und dem speciellen Bildungsniveau des Menschen die specielle Einkleidung wechselt.

Ein in einfachen religiösen Vorstellungen aufgewachsener Mensch wird sich vielleicht vom Teufel verfolgt oder besessen wähnen, ein Techniker wird zur Erklärung der feindlichen Einwirkungen, welche seine Verfolger üben, Maschinen ausdenken, ein im Hypnotismus Erfahrener wird ein telepathisches System aussinnen.

In den meisten Fällen ist die Diagnose auf chronischen Verfolgungswahn wegen der eclatant perversen Beschaffenheit der Wahnideen leicht.

Allerdings gehört in anderen Fällen der Nachweis eines versteckten Verfolgungswahns zu dem Schwersten in der Psychiatrie und sollte von den praktischen Aerzten stets den Specialisten zugeschoben werden. Wir Irrenärzte selbst sollten bei der Beobachtung von Menschen, bei denen Verdacht auf einen solchen versteckten Wahn vorliegt, zwei Dinge gleichmässig berücksichtigen:

1. Dass erfahrungsgemäss schon viele Menschen von ihrer Umgebung für halb oder ganz paranoïsch gehalten worden sind, welche die geschichtliche Betrachtung als die Bahnbrecher neuer Gedanken anerkennt.
2. Dass hinter dem scheinbar normalsten Wesen sich im höchsten Grade gemeingefährliche Wahnideen verstecken können.

Da die Diagnose des eclatanten Verfolgungswahnes dem Volksbewusstsein und daher auch den nicht psychiatrisch unterrichteten Aerzten am

geläufigsten ist, da andererseits die Diagnose des latenten Verfolgungswahnes ausschliesslich Sache der Specialisten sein soll, so können wir hier diese Krankheitsform kurz übergehen. Implicite handeln wir ja den Verfolgungswahn auch bei der Besprechung derjenigen Formen ab, welche allmählich zur Verblödung führen.

Ein theoretisches Bindeglied zwischen dem reinen Verfolgungswahn und den rasch zur Verwirrtheit führenden Formen von Paranoia ist folgender Fall:

Michael K. aus Veitshocchheim, aufgenommen 1861 im Alter von 34 Jahren. Mit dem zwölften Lebensjahr unter fremde Leute, wo es ihm sehr schlecht ging. Später zu einem Goldarbeiter in die Lehre. Schon damals hatte er den Wahn, vergiftet zu werden; begab sich einmal wegen einer solchen vermeintlichen Vergiftung ins Hospital. Er wanderte später viel herum in Oesterreich, Frankreich. Er war dabei intellectuell ganz normal, hatte nur öfter die Idee, vergiftet zu werden. Wegen Furcht vor Cholera ging er aus Paris fort. In Paris fasste er auch den Wahn, den Bandwurm zu haben, den er mit allen möglichen Mitteln (auch Menschenblut) zu vertreiben suchte, wobei er schliesslich aber fand, dass dieser Bandwurm sein Beschützer sei.

Bei der Aufnahme zeigt er völlig systematisirten Grössen- und Verfolgungswahn. Er ist nach seiner stilistisch vorzüglichen Lebensbeschreibung der Sohn König Ludwigs, erzeugt von Frau Deportes in Wasserlos, wurde durch einen Mönch dem Schuhmacher K. als dessen Sohn untergeschoben.

Ich hebe aus seinen Aufzeichnungen folgende Sätze hervor, in welchen eine Reihe von Symptomen, die noch im Verlauf dieser Erkrankung eine Rolle spielen, sehr deutlich hervortreten.

„Im Anfang meiner Lehrzeit wurde ich vergiftet und kam infolge dessen ins Hospital, wo meine Krankheit als ein gastrisches Fieber betrachtet und geheilt wurde.“

„Ich reiste nach Pforzheim und Stuttgart, wo ich den Herzog Ernst verkleidet als Turner kennen lernte und mich mit ihm verbrüderte. Ich wurde am gleichen Tag durch Choleragift inficirt.“ — „Ich wurde nochmals durch Venerie befleckt, was jedoch bald wieder verschwand, da ich fleissig das Bad bei Berg genoss.“ —

„Ich lernte währenddem meine so schöne als liebenswürdige Nachbarin Trinchen kennen, die ich um jeden Preis als Gattin wünschte. Mein Wunsch wurde mir durch die dortigen Freimaurer willfahren. Ich erhielt sie des Nachts ohne zu träumen erst durch den dortigen Pastor angetraut sofort ins Ehebett. Der Act der Liebe wurde unter Zeugen vollzogen. Sie wurde wieder mit fortgenommen mit der Bemerkung, dass, wenn ich sie mir erringen wollte, ich viel Leiden zu ertragen hätte, was ich auch gelobte. Mit einem Male ärgerten sich alle meine Freunde gegen mich öffentlich unter Schmähungen, dass meine Getränke und Speisen vergiftet wurden. Ich genoss sie jedoch im Vertrauen auf Gott und mein unbezwingliches Naturell. — Ich wurde unter stürmischem (!) Giftgenuss krank, so dass aus allen Poren Kalkmassen drangen.“ (Darauf schildert er seine Ueberführung in eine Irrenanstalt.) „Unter dem schrecklichen Weltenfluch, der auf mir lastete, versetzte ich mir vermittelst eines starken Modellirgriffels, welchen ich mit Choleragift geätzt glaubte, fünf- oder sechsfache Stiche unter meinen Armen in der Meinung, der Zauberer könne dann keinen Gebrauch von meinem Körper für das Jenseits machen.“ — (Dann wird das Entspringen aus der Irrenanstalt und der Rücktransport geschildert. Ueber den weiteren Aufenthalt heisst es:) „Ich hatte während dieser fünf Monate jede Nacht Epilepsie, ohne zu mormonen.“

Hier wollen wir auf die bisherigen Aeusserungen des K. zurückblicken. Es zeigen sich darin folgende Züge:

I. K. zeigt einen combinirten Verfolgungs- und Grössenwahn.

II. K. verlegt den Anfang seiner Leiden durch Vergiftungen weit zurück bis in seine Lehrlingszeit und färbt überhaupt seine ganze Vergangenheit im Sinne seines zur Zeit bestehenden Wahns.

III. K. erzählt neben glaubhaften und notorischen Ereignissen (Reisen, Verbringung in die Anstalt, Entspringen etc.), Dinge als wirklich, welche unmöglich geschehen sein können (Vermählung mit dem Mädchen durch die Freimaurer). Dies sind entweder Erinnerungsfälschungen oder früher wirklich subjectiv erlebte Sinnestäuschungen.

IV. K. erzählt Ereignisse, bei welchen paranoïsche Auffassung wirklicher Erlebnisse sehr wahrscheinlich ist. (Er sieht in einem Turner den Herzog Ernst.)

V. K. zeigt Ansätze zu einer Geheimsprache und eigenen Sprachbildungen („Epilepsie“, „Mormonen“).

Wir wollen nun zunächst seine Aeusserungen weiter wiedergeben:

„Ich reiste vom Irrenhause nach Schwäbisch-Gemünd. Ich arbeitete wacker, hatte aber nachts die fabelhaftesten Visionen und Krämpfe“. . . „Ein magnetischer Dolch blieb unter Verfluchung in meiner Hand gegen meinen innigstgeliebten Bruder Göb, Sohn des Königs Ludwig.“

„Auf das Verfluchen, welches ich durch bekannte Stimmen in Schwäbisch-Gemünd von Hanau aus mit Gewissheit hörte, eilte ich nach Hanau, um mich mit meinen Feinden zu versöhnen“ .

„In Hanau angelangt, währten die bösen Stimmen fort, fast ein halbes Jahr mit stürmischen nächtlichen Krämpfen.“ „Immer wieder nach Hanau zurückkehrend wurde ich nachher mormont und erwiderte auf solches nach allen Richtungen, weil ich vernahm, dass mein Trinchen meinen Rivalen mehr liebte als mich. Ich wurde von ihm fast aller meiner magnetischen Kräfte beraubt, als auch meiner schönen und kräftigen Gliedmassen, wofür ich andere Glieder erhielt, jedoch der alten Form nach beibehalten, indem es durch eine allmähliche chemische Auflösung von statten ging und vermittelst Krämpfe das Gelée in mir wieder festgestaut wurde.“

„Auch forderte ich meinen Rivalen und Peiniger auf Pistolen schriftlich. Statt sich mit mir als Ehrenmann zu schlagen, zeigte er mich bei der Polizei an. Ich wurde sofort belangt und ins Irrenhaus gebracht.“

Nun folgt eine ganz verständig erscheinende Beschreibung seiner Reisen und Wanderungen über Nürnberg, München etc. „Ich blieb nun wieder einige Wochen in Veitshöchheim und reiste in Erwartung, meine Feinde würden sich endlich meiner erbarmen, nach Hanau . . .“ „Nicht zu feig, um meinem Leiden ein Ende zu machen, habe ich in H. mir nochmals vermittelst Stahls einen Stich versetzen wollen, was jedoch auf derselben Stelle, wo ich mich für verwundbar glaubte, wie auf einem Stahlpanzer abprallte, so heftig ich mit vollem Bewusstsein den Stoss führte, was nur einen kleinen Hautschmerz verursachte.“

In diesen Aufzeichnungen zeigen sich nun ferner folgende Züge:

1. K. hat mit Bestimmtheit Gehörstäuschungen gehabt, und zwar im Sinne seines Verfolgungswahnes (Stimmen von Hanau etc.).
2. K. hat, was notorisch ist, nachdem er schon mehrfach in Irrenanstalten war, weite Reisen gemacht, ohne als geisteskrank angehalten zu werden.
3. Seine Internirung ist erfolgt, als er durch Handlungen (Forderung zum Duell) gemeingefährlich wurde.
4. K. bauscht eine geringe Handlung (leichter Stich gegen die Hand, ein ernsthafter Selbstmordversuch liegt notorisch nicht vor) retrospectiv im Sinne seines Grössenwahnes stark auf.

K. war von 1861 bis 1881 in der Irrenpfründe des Julius-Spitales und hat sich im wahren Sinne des Wortes in seine Paranoia eingesponnen. Ueber seiner Bettstelle hatte er ein telegraphennetzähnliches Gewirr von Drähten angebracht, das in einer Ecke in einem Topf mit Wasser endigte und das dazu dienen sollte, die „Morben“ abzuleiten und von seinem Leibe weg ins Wasser zu befördern. Ferner hat K. den Verschlag, in welchem sich sein Bett befindet, mit den mannigfachsten Holzschnitzereien verziert.

Fig. 37.



Er äusserte seinen Grössenwahn in Gestalt von langen, im Sinne seiner Paranoia gefärbten Eingaben über die Reform des Deutschen Reiches, Gesetzgebung, Kriegswesen, Eintheilung der Staaten. Dabei hatte K. viele Sinnestäuschungen, welche von ihm noch in phantastischer Weise ausgeschmückt wurden. K. hat nun als künstlerisch gebildeter Mensch eine Reihe von Zeichnungen angefertigt, welche seine Visionen darstellen sollen. Diese Zeichnungen haben alle einen charakteristischen Stil (cfr. Fig. 37 und 38).

Sie zeigen folgende Eigenthümlichkeiten:

1. Vollständige Stereotypie der Formen.
2. Stereotype Abrundung der Körperformen (deutlich sichtbar am Knie, Glutäen, Ellenbogen, Nase, Stirn).
3. Grösstentheils sexuellen Charakter der Darstellungen (massenhafte Eicheln. Blätter etc., aus der Schamgegend hervorwachsend).

Fig. 38.



Weitere Beobachtungen von gezeichneten Hallucinationen Geisteskranker würden vielleicht manchen Aufschluss über diese sonderbaren subjectiven Vorgänge gewähren.

Es wäre nun in diesem durch lange Zeit actenmässig beschriebenen Fall sehr interessant gewesen, festzustellen, ob allmählich eine Abnahme der Verstandeskräfte im Lauf seiner Paranoia stattgefunden hat.

Leider ist dieser Punkt, welcher für die principielle Auffassung der als Paranoia bezeichneten Psychosen sehr wichtig ist, wenig hervorgehoben. Es findet sich nur die Notiz, dass bei K. ein allmählicher Rückschritt der Geisteskräfte aufgetreten, und dass er an Phthise gestorben ist. Immerhin ist erkennbar, dass hier die Geisteskräfte nicht dauernd intact geblieben sind. Viel klarer lässt sich der allmähliche über lange Jahre protrahirte Uebergang der systematisirten Paranoia in Verwirrtheit an einem Kranken studiren, der sich zur Zeit noch in der Irrenpfründe des Julius-Spitales befindet. Die verschiedenen Abschnitte der Krankheit lassen sich in seinen reichlichen Aufzeichnungen sehr deutlich erkennen.

Der jetzt 63jährige Kranke F., früher Bauer, wurde im Alter von 38 Jahren mit deutlichem Verfolgungswahn behaftet, am 27. October 1876 aufgenommen. Er machte die mit Wahnideen durchsetzten anamnestischen Angaben bei der Aufnahme selbst. Zu seinem Dienstherrn sei öfter eine junge Dame hingekommen, er habe sie aber nie gesprochen: er habe es selbst gemerkt, da er den Leuten ihre Gedanken an den Augen ablesen könne, dass sein Dienstherr ihn bewegen wollte, diese Dame zu heiraten und seine Filiale für 30.000 Gulden zu übernehmen. Die Dame sollte das Geld als Mitgift mitbringen. Er kam dann in einen anderen Dienst. Er hörte manchmal, wie unbekannte Leute, die an ihm vorübergingen, ihn Professor nannten. Das gefiel ihm nicht, da er es für Spott hielt. In diesem Dienste sah er eine andere junge Dame. Man sagte zwar, sie sei Gouvernante, andere theilten ihm aber mit, sie sei Tochter eines Freiherrn aus Frankreich mit 2 Millionen Geld. Dann kam er nach Reichenberg als Knecht. Jene erste Dame schickte dorthin öfters Kleider für ihn, die aber immer zurückgeschickt wurden; er merkte es aus den Gesprächen der Dienstboten. Vor 12 Wochen habe ihm der Besitzer des Schlosses in R. die Schlüssel des Schlosses angeboten, aber die Nachricht sei ihm unterschlagen worden. Derselbe habe ihm ebenso seine Tochter angetragen, habe endlich, um ihm die entsprechende Stellung zu verschaffen, sein (des K.) Militärzeugnis nach München geschickt, worauf der König Ludwig ihm „vermuthlich“ den Titel Freiherr verliehen und eine grosse Menge Geldes, mindesten 2 Millionen Gulden, mitgeschickt habe. Das Decret sowohl als das Geld habe der Magistrat, an welchen beides geschickt wurde, unterschlagen. F. merkte das an den vielfachen Reden der Bürgersleute über ihn.

Am 4. October 1876 hörte er in der Augustinerkirche, wie der Geistliche ihn vor versammeltem Volke zum Kaiser ausrief. Er ging dann zu seiner Schwester nach G. Hier fand er 4 Kastanien, deren „geheimnisvolle Bedeutung“ ihm sofort klar wurde. Es hatten nämlich die 4 Kaiser von Deutschland, Oesterreich, Russland und der Türkei „sich mit ihm verschworen“, dass derjenige, welcher ein gewisses Spiel gewinne, Kaiser sein solle über alle Reiche. Mit jenen Kastanien habe er gespielt und nach langer Anstrengung das Spiel gewonnen. Er habe nun auch die geheimnisvollen Siegeszeichen auf den Kastanien lesen können und dieselben eingesteckt. Seine Ernennung zum Kaiser aller Reiche sei schon längst da, aber die Telegraphenbeamten weigern sich, dieselbe herauszugeben. Für die Krönung sind 50 Millionen Gulden ausgesetzt.

In dieser von dem Kranken selbst gegebenen Anamnese spielt

I. eine grosse, wenn auch nicht entscheidende Rolle die „Eigenbeziehung“. Mehrfach ist ersichtlich, wie F. Unterhaltungen anderer Menschen (Bürger in der Stadt, Dienstboten etc.) auf sich bezieht;

II. hat F. öfter Sinnestäuschungen gehabt, welche offenbar im Sinne der ganzen ihn beherrschenden Ideen waren. Er hörte diejenigen Worte, welche er nach der ganzen Beschaffenheit seiner Vorstellungscomplexe erwarten musste;

III. es treten viel mehr Grössen- als Verfolgungsideen bei F. auf;
IV. dem entsprechend ist seine Grundstimmung selbst bei Mittheilung seiner Leiden durchaus nicht deprimirt.

In diesem Falle, bei welchem eine Periode von 25 Jahren (!) actenmässig beobachtet ist, zeigt sich nun in den literarischen Aeusserungen deutlich ein progressiver Zerfall der Geisteskräfte — selbstverständlich ohne paralytische Erkrankung. Besonders bemerkenswerth in Bezug auf die prognostische Frage, ob eine unheilbare Paranoia in den social viel günstigeren Zustand der Verwirrtheit übergehen oder sich dauernd als Verfolgungswahn erhalten wird, erscheint bei F. das rasche intensive Auftreten von Grössenideen.

F. wurde nach einem halben Jahre ungeheilt entlassen, aber bald wieder polizeilich eingebracht.

Er erzählte ganz heiter, er sei benachrichtigt worden, dass auf dem Magistrat in K. fürstliche Kleider für ihn niedergelegt seien, die er holen wollte, um sich dann nach Berlin zum deutschen Kaiser zu begeben. Er sei von Polizeimännern angehalten worden, doch wären zu seinem Schutz preussische und hannoverische Soldaten gegenwärtig. Dann sagt er wieder, dass er Kaiser und Papst sei.

Die Kastanien führt er immer noch als „Siegeszeichen" bei sich. Alle diese Grössenideen haben etwas Schwachsinniges an sich, widersprechen sich zum Theil, werden oft varriirt. Seine Briefe aus dieser Zeit sind jedoch noch ganz verständig, abgesehen von den Wahnideen. Z. B. schreibt er: „Lieber Bruder! . . . Ich sitze jetzt bereits schon ein halbes Jahr im Spital und bekomme weder Kleider, noch irgend Geld oder sonst etwas. Es wird mir alles entzogen. Ich bitte dich daher mir Kleider oder Geld zukommen zu lassen, sammt einer Schiffskarte, dass ich von diesem Lande hinwegkomme." — „Der, welcher sich auf meinen Namen ausruft, ist ein Apotheker, es haben ihn beide Stadtmagistrate zum Kaiser machen wollen und mich wollten sie ins Arbeitshaus bringen. Ich wollte nicht arbeiten, ich bin doch im Besitze der 5 Welttheile und hätte zu erhalten 35 Hundert Millionen und jetzt sind mir blos 10 Hundert bewilligt."

Aehnlich sind die Briefe bis 1878, in welchem Jahre sich in denselben schon deutlich der Uebergang zur Verwirrtheit ankündigt.

Eine Niederschrift aus diesem Jahre lautet:

Arfis Sirbo Kosta Elfendi;; da ich im Jahre 76 den 28. November Abend zur Geschaffung der Erde; dasjenige nicht vollziehen auch nicht beachtet geglaubt hätte;; dass solches durch meine Siegeszeichen:; zwar verlieren aber verloren wieder auffinden könnte; so ersuche ich keine grosse Herren;; auch nicht Staatsbeamte zu solches gefühlloses beachten nöthig habe; indem ich in Bayern solches Recht nicht zu vertreten vermag;;:: die neue Welt zu geschaffen; etc."

Am Anfang findet sich also ein Bruchstück aus seiner selbstgeschaffenen Sprache, deren Spuren zuerst 1878 auftreten.

Manchmal sind noch Bruchstücke von Perioden und Sätzen vorhanden, die Interpunction ist ganz sinnlos, es kommen abgerissene Stücke seines früheren Grössenwahns zum Vorschein.

Jedenfalls steht aber diese geistige Leistung beiweitem noch nicht auf dem tiefen Standpunkt wie die folgende aus dem Jahre 1880.

Diese lautet:

Zirvio dirvio 11 Dubo # 11.

Zebo elle sebe ebe aba dawa ell ell all alli alli voll, volli:; daszte. daszte dibist dibist subust abust dabe dabe:; kaba kaba dabe dabe ebe, ubo.

In dem mehrere Seiten langen Schreiben ist kein einziges verständliches Wort vorhanden, es sind lauter neue Wortbildungen, zum Theil blos Zeichen.

Sehr häufig in der Stilprobe ist die Wiederkehr desselben ganz unverständlichen Wortes in einer Reihe hintereinander und die fortschreitende Variirung desselben sinnlosen Wortgebildes.

Es werden von diesen erfundenen Worten einzelne Theile weggelassen und neue Silben oder Laute zugefügt. Z. B. findet sich folgende gewissermaassen durch Variation entstandene Wortreihe:

Sestwest sewest sewest sawest suwest sellwest zellwest ollwest ollwest illwist illwist ollwost ollwost durwast dirrwest cettwest ettwett, ottwett duszwett etawett dellwett deeswett dewett dolwo dullwu dewes dallwo u. s. f.

Von den ganz unverständlichen Ueberschriften der einzelnen Abschnitte theile ich folgende Proben mit:

Korbilisz Ehrwe Siede Dertofist; — Karlisto Befess Sebidasz; — Cerristo Verdee;; Eio Seho:; — Seffo Barro:: Fistelero:: — Kerbo baba;; Dibbo #;; Seblida doba:; Sebbo # #. — Kebbilos # 11 Sastes # 11 Bellida;; Baar # 11 Zen #.

Neben diesen nicht blos unverständlichen, sondern anscheinend wirklich sinnlosen Wortreihen finden sich manchmal in diesem Jahre noch Briefe, die zwar sehr stark mit paranoïschen Elementen, besonders unverständlichen Wortbildungen durchsetzt sind, aber doch noch einigen Zusammenhang erkennen lassen.

Wie schon früher, tritt dabei ein confuses „Fabuliren" hervor. Z. B. schreibt er in einem Briefe:

Ueberschrift: „Erzele doer 11. Dao 11." Dann heisst es:

Im Jahre 2 nach Christe wurde ein Kaiser zu Jerusalem von einem Herrn zu Tische geladen; sein Vater war ein Beamter. Zur Zeit war in Rom ein Concil über einen Kaiser, der Nero hiess; seine Gemalin hiess Zebispois.

Einst sass dieser Kaiser in Rom zum Mittag. Als dieser Mittagstisch vorbei war, stand seine Gemahlin vom Tische auf und ging zum Kaiserlichen Hof hinweg; ging zum päpstlichen Palast vor den heiligen Stellvertreter Christi;; meldete sich zum geistlichen Priester, wurde dort sehr gut aufgenommen." — Dann kommt ein phrasenreicher Passus, in welchem sie zum Mittagessen beim Papst eingeladen wird, dann heisst es: „Sie nahm es mit Freuden an; wurde gänzlich zum Papste gebracht u. s. f." Bei dieser Mahlzeit erzählt dann diese imaginäre Frau Dinge, welche ebenso verwirrt und phantastisch sind.

Es sind nun in der Literatur mehrere Fälle unter dem Titel Paranoia confabulans beschrieben worden, als ob dieses Confabuliren eine specifische dauernde Eigenschaft einer Gruppe von Paranoïkern wäre. In Wahrheit handelt es sich um ein Stadium in dem psychischen Auflösungsprocess, welchen eine Reihe von Fällen im Rahmen der als Paranoia bezeichneten Krankheit zeigen. Bei F. ist dieses nur temporäre Auftreten des einen Symptomes sehr deutlich nachzuweisen. Ungefähr zu gleicher Zeit wie obiger Brief ist ein anderer geschrieben, in welchem ein fabulöser Anfang unmittelbar in ein verwirrtes Hintereinander von Begriffen übergeht.

„Es ist im Jahre 59 gewesen, wo die Wiener mit Italien, mit Frankreich führten, trug sich aber folgendes Ereignis vor im Monat:; den 17. Juli wurde auf der Strasse bei Venedig eine Uniform aufgefunden;; und diese war aus dem Lande von Preussen benannt." Dieser Anfang hat aber keine entsprechende Fort-

setzung, sondern F. kommt in dem Briefe in ganz unverständlicher Weise und ohne geschlossene Satzconstruction, welche seine früheren Briefe noch auszeichnete, auf die verschiedensten Dinge zu sprechen: Kissingen, Wasserquell, kaiserliche Majestät, Kämmerer, Wiener Weltausstellung, Rechtskundig, linkskundig, Theologen der heiligen Justina, Kaiserin Isabella, römische Papstbeamten.

Fig. 39.



Neben diesen durcheinandergewürfelten „confabulirten" Worten finden sich noch Spuren von enormem Grössenwahn:

Z. B.: „Ich in meinem Gewande Göttlicher Geistiger Fleischiger mit benannt Kaiserlicher Thronerblicher Erlöser Papst beider Kaiserkronen."

In diesem Briefe geht unmittelbar das „Confabuliren" in völlige Verwirrtheit über. Entsprechend verhält es sich mit dem Symptom des Confabulirens im Allgemeinen. Es ist nur ein Stadium in der Entwicklung einer bestimmten Form von Paranoia.

Seit ungefähr 1882 ist F. in der Irrenpfründe des Julius-Spitales (cfr. Fig. 39). Es ist seitdem weder schriftlich noch mündlich ein vernünftiges Wort aus ihm herauszubekommen gewesen.

Für gewöhnlich arbeitet er an seiner gewohnten Beschäftigung, ohne ein Wort zu reden. Frägt man ihn, so überschüttet er den Fragenden mit einer Fluth von völlig zusammenhangslosen Worten, in denen manchmal fremdartige Wortbildungen, wie z. B. „Glimone", auftauchen.

Von einem Wahnsystem kann keine Rede mehr sein. F. ist zur Zeit durchaus gutmüthig und hat den gemeingefährlichen Charakter, welchen er während seiner „paranoïschen" Periode entschieden hatte, ganz verloren.

Hier tritt die grosse sociale Wichtigkeit, welche die richtige Prognose über den Verlauf einer Paranoia haben kann, deutlich hervor. Wenn F. nicht eingepfründet wäre, so könnte er längst als vollständig harmlos in Familienpflege gebracht worden sein, während er bei dauerndem Beibehalten seiner früheren Wahnideen durchaus in der Anstalt behalten werden müsste. Praktisch kommen diese aus der Paranoia hervorgegangenen Formen der Verwirrtheit mit den einfach Schwachsinnigen in eine Linie. Theoretisch muss man die Zustände völlig trennen. Sie lassen sich differentialdiagnostisch sehr gut unterscheiden. In der auf Paranoia folgenden Verwirrtheit zeigen sich sozusagen die Trümmer des Wahngebäudes mit sonderbaren Spracherscheinungen (eigenen Wortbildungen, Wortwiederholungen, sonderbaren Satzconstructionen etc.) vermengt. — Der gewöhnliche Schwachsinn gleicht einer öden Landstrecke, die postparanoïsche Verwirrtheit einem Trümmerfelde.

Es würde sich nun vor allem darum handeln, die Kriterien zu finden, welche ein Urtheil erlauben, ob eine Paranoia dauernd in dem social sehr störenden Zustand des Verfolgungswahns verharren oder in Verwirrtheit übergehen wird. Ein prognostisches Moment scheint nun hier in dem zeitigen Auftreten von Grössenwahn zu liegen. Tritt dieser von Anfang an in den Vordergrund, so ist die Wahrscheinlichkeit der Verblödung viel grösser. Ferner gilt hier dasselbe Gesetz wie bei der Epilepsie: je älter das Individuum beim Auftreten der Krankheit ist, desto geringer ist die Gefahr der Verblödung, ganz abgesehen davon, dass bei der Länge der zu diesem Process erforderlichen Zeit bei älteren Personen der Tod denselben meist unterbricht.

Differentialdiagnostisch sehr wichtig sind die hypochondrischen Abarten der Paranoia, da in diesen Fällen leicht Fehldiagnosen auf hysterische oder neurasthenische Zustände gemacht werden. Um einen Einblick in die Pathogenese der als Hypochondrie bezeichneten Zustände zu gewinnen, muss man einen scharfen Unterschied machen zwischen

1. den abnormen Empfindungen im Gebiete des Allgemeingefühls,
2. den Vorstellungen, welche zur Erklärung dieser Empfindungen gebildet werden.

Wir lassen also die engere Bedeutung des Wortes Hypochondrie, welches sich wesentlich auf die abdominalen Zustände bezieht, bei Seite und denken dabei allgemein an die perversen Sensationen des Allgemeingefühls und die daran geknüpften Vorstellungen.

Es muss nun für die Praxis der Aerzte vor allem betont werden, dass ein grosser Theil der hypochondrischen Sensationen Folge von leichten chronischen Erkrankungen der vegetativen Organe sind. Eine Diagnose auf Hypochondrie darf also nur nach sorgfältigster physikalischer Untersuchung und auch dann nur sehr mit Vorsicht gestellt werden. Wer einen Menschen mit beginnendem Carcinoma ventriculi als Hypochonder behandelt, wird das Interesse der wissenschaftlichen Psychopathologie vor den benachbarten klinischen Disciplinen ebensowenig vertreten, als es zum Ruhme der internen Medicin gereicht, wenn ein „Hypochonder“ für krebskrank erklärt wird. Schliesst man nun eine körperliche Erkrankung der vegetativen Apparate, welche hypochondrische Sensationen bedingen könnte, aus, so frägt es sich, ob im Nervensystem Processe sich abspielen, deren psychische Correlate (Sensationen), nach der Peripherie projicirt, eine Hypochondrie vortäuschen können. Hier sind besonders die hypochondrischen Beschwerden bei Beginn der Tabes und Tabesparalyse zu erwähnen.

Ist eine Erkrankung der vegetativen Organe und der Nervenapparate ausgeschlossen, so frägt es sich, ob diese hypochondrischen Beschwerden Symptom einer anderweitig charakterisirbaren Krankheit (z. B. Epilepsie, Tumor cerebri, Melancholie und besonders der Hysterie) sind, oder eine Hypochondrie sensu strictiori. Die meisten der als hypochondrisch bezeichneten Beschwerden sind hysterischer Natur. Die relativ seltenen Fälle von echter Hypochondrie gehören durchaus ins Gebiet der Paranoia und sind als Hallucinationen des Gemeingefühls mit einer den eigenen Körper betreffenden Wahnbildung zu charakterisiren.

Diese Auffassung der Hypochondrie als einer Form von Paranoia bedarf einer ausführlicheren Begründung, als sie im Rahmen dieser Diagnostik gegeben werden kann. Deshalb begnüge ich mich, vorläufig für das Bedürfnis des Praktikers folgende Regel aufzustellen:

Diejenigen Formen von Hypochondrie, welche sich weder als Ausdruck einer Erkrankung von vegetativen Organen oder von Nervenapparaten, noch als Symptom anderweitig charakterisirbarer Krankheiten, besonders nicht als Symptom von Hysterie auffassen lassen, haben eine ebenso infauste Prognose, wie die vorgenannten Formen von Paranoia und trotzen fast immer aller Behandlung.

Schlusswort.

Es ist versucht worden, in der speciellen wie in der allgemeinen Diagnostik die analytische Methode durchzuführen.

Fern von einer schematischen Einreihung der in der Natur vorkommenden Fälle in bestimmte Krankheitsgruppen, sehen wir in der vollständigen Darstellung der Symptome und in der differentialdiagnostischen Abwägung über den Werth der beobachteten Erscheinungen das Princip, welches sich aus der gegebenen Darstellung der allgemeinen Diagnostik für die Untersuchung der wirklichen Krankheitsfälle ergiebt.

Nicht in einem dogmatischen Wissen, sondern in der methodischen Untersuchung und in der kritischen Behandlung der analytisch gewonnenen Symptome liegt das wesentlichste Hilfsmittel der Diagnostik. welche den praktischen Prüfstein der naturwissenschaftlichen Psychopathologie bildet.

Namen- und Sach-Register.

Die Ziffern bedeuten die Seitenzahlen.

A.

Abdruck, Finger- 21.
Ablauf von Krankheiten 103.
Abnormitäten der Innervation 6.
— morphologische 15, 28, 220.
Abscess 258.
Abstinenz 50, 243.
Accommodation 55.
Activität, Anregung der 194.
Aehnlichkeit, Association nach 111.
Aequilibrirung des Unterschenkels 54.
Aequivalente, epileptische 243, 272, 273.
Affecte 9, 16, 313, 315, 333.
Affectlosigkeit 342.
Affectmomente 110.
Agraphie 173.
Ahnentafel 66.
Alber 157.
Albuminurie 150, 232, 278, 325, 330, 336, 360.
Alexie 173.
Alkohol 63.
— -Excesse 64.
Alkoholismus 7, 67, 150, 168, 170, 172, 175, 196, 210, 226, 230, 238, 273, 324, 360.
Alkoholmissbrauch 50.
Amnesie 87, 96, 243, 263, 334.
— posthypnotische 97.
Anästhesie 179.
Analgesie 179.
Anamnese 61, 64.
– bei Paralyse 140.
Anfälle, epileptische 173, 240, 241, 275, 293.
— hysterische 286.
— paralytische 167, 314.
— psychogene (hysterische) 63.
— vasomotorische 178.
Angst 6, 312.
Angstanfälle 317.
Anlage, angeborene 19, 76, 367.
Anstrengung 39.
Antagonisten 35, 54.
Antriebe, zwangsmässige 122.
Apathie 170, 311.
Apoplexie 145, 181, 189.
Arachnoïdea 157.
Arndt 13.
Arteriosklerose 79.
Articulation 83.
Aschaffenburg 116.
Associationen 13. 111.
— Klang-A. 94, 116.
— sprunghafte 93.
Associationsworte 115.
Asymmetrie 29.
— des Schädels 27.
Athembewegungen 82.
Atheromatose 182, 189.
Atrophie, Muskel- 211.
— Muskel-A. bei Tumor cerebri 178.
Auffassung von Eindrücken 97, 231.
Aufmerksamkeit 37, 122, 247.
Aufnahmeverhältnisse 382.
Ausdruck 17.
— Gesichts- 81.
Ausdrucksbewegungen 16, 78, 79, 283. 318.
Ausfallserscheinungen 12.
Autointoxicationen 7, 65. 228, 248.

B.

Bayle 139.
Beanlagung 14.
Beeinflussbarkeit 110, 193, 288.
Befehl 39.
Belastung, erbliche 67.
Benedikt 26.
Benommenheit 172, 248.
Bernhard 139.
Bertillon 15, 25.
Bertillonage 15.
Beschreibung 20.
Bewegungen, compensatorische 39.
— Nachahmbarkeit 288.
— passive 35.
— psychomotorische 85.
Bewegungsautomatismen 345.
Bewegungsdrang 255.
Bewusstlosigkeit 85, 171, 181, 243, 262, 263.
Bewusstsein 85.
Biegsamkeit, wächserne 39.
Bildung, Unterschiede der 80.
Blei 65.
Blindheit 8.
— corticale 184.
Blödsinn 216, 355.
— paralytischer 190.
Blutsverwandtschaft 67.
Blutcirculation 16.
de Boeck 197.
Broca 218.
Brombehandlung 243.
Burdach 157.

C.

Calmeil 139.
Cartesianismus 8, 15, 18.
Cartesius 7, 15, 16, 17.
Centralwindungen 212.
Charakter, psychogener 194,
Charakterstudium 64.
Charakterveränderung 167.
Chiasma 175.
Chorea 89, 175, 261.
Chronologie der Symptome 63.
Chronoskop 59.
Circulationsstörungen 65.
Cocainismus 247, 360.
Coëxistenz, Association nach 111.
Constitution 4.
Contractur, Beuge- 214.
— Streck-C. 214.
Contracturen, psychogene 281.
Coordination 83.
Craniologie, physiologische 216.
Cretinismus 76, 137, 219.
Criminalfälle 234.
Criminalistik 19, 283.
Criminalpolitik 125.
Curven, Darstellung in 43.
Curven, Kniephänomen- 56.

D.

Dämmerzustände 181, 271.
— epileptische 82, 87, 88.
Décadence 67, 72.
Defecte, ethische 270.
Degeneration 68, 72, 137, 216.
— einzelner Organe 74.
Degenerationsanthropologie 5.
Degenerationsformen 75.
Degenerationsprocesse 344.
Degenerationszeichen 28, 73, 208, 371.
Degeneration, tabische 51.
Deliquente nato 375.
Delirium 139.
— acutum, 5, 331.
— tremens 5, 110, 231, 234, 325, 335.
Dementia paralytica 89.
— paranoïdes 99, 122, 346, 383.
Demenz 176, 200.
Demenz, senile 182, 188.
Depression, Gemüths- 110, 182, 192.
Depressionszustände 103, 252, 272.
— hysterische 119.
Dermographie 5.
Diabetes 7, 66, 150.
Dipsomanie 126, 150, 359.
Disposition, angeborene 63.
— erworbene 65.
Dreitheilung der Seelenvermögen 8.
Drohl 107.
Druck des Gehirns 30.
Dualismus 3.
Dyspnoë 82, 249.

E.

Ebbinghaus 11.
Eifersuchtswahn 237, 239.
Eigenbeziehung 320.
Eiweiss 7, 233.
Empfindungen 85.
Endapparat, motorischer 52.
— sensibler 44.
Entschlusslosigkeit 308.
Epilepsie 5, 7, 32, 108, 149, 160, 171, 198, 210, 216, 237, 248, 262, 291, 322, 325, 332, 360.
— Anamnese der 66.
— genuine 228.
— Grade des Bewusstseins bei 85.
— larvirte 245.
— Unzurechnungsfähigkeit bei 374.
Erbrechen 152.
Erdschwere 48.
Erfahrung, äussere 7.
Erinnerungsbilder 96.
Erinnerungstäuschungen 87.
Ermüdbarkeit 37.
Ermüdung 63.
Ermüdungsgefühle 39, 121.
Ernährungszustand 5.
Erreglichkeit 5, 63, 65.
— bei Alkoholisten 230.
Erregung, maniakalische 151, 192.
— motorische 119, 254.
— tobsüchtige 153.
Erregungszustände 198, 201.
Erschöpfung 65, 103, 121, 329.
Erschütterung 65.
Erweichung 181.
Erysipel 256.
Esquirol 139.
Euphorie 119, 160, 247.
Experiment, physiologisches 13.
Extremitäten 25.

F.

Facialisgebiet 82, 142.
Faltenbildung 22.
Familie, Gesammtbestand der 66.
Fechner 11.
Feder 9.
Fehler, Arten von Rechen-F. 102.
Ferrier 12.
Fieber 5, 156, 177, 331, 336.
— bei Hirnabscess 187.
Fieberdelirien 137, 260.
Flächenphotographie 21.
Flourens 12, 17.
Folge, Association nach zeitlicher 111.
Folie du doute 124, 305.
Fontanellen bei Cretinismus 224.
Formen, Analyse der äusseren 15.
— angeborene 16.
Fragebogen 127.
Frageschema 98.
Functionsprüfung 73.

G.

Gall 17, 372.
Gebundenheit, optische 350.
Gedächtnis 86, 94, 194, 251.
— -Material 97.
— optisches 96.
— partielles 97.
— -Schwäche 119, 140, 165, 268, 323.
Gefühl 64, 123, 304.
Gefühlsleben 7, 8.
Gegenwirkung, psychomotorische 37.
Gehirn, Abnormitäten des 18.
— -Degeneration 75.
— -Entwickelung 30.
Gehörseindruck 115.
— -Sphäre 85.
— -Täuschungen 234, 251, 318.
Geisteskrankheiten, Classification der 4.
Geistesstörung, circuläre 359.
— degenerative 357.
— endogene 137, 357.
— mehrfache Anfälle von 359.
— periodische 358.
Gelenkrheumatismus 257.
Gemüthsreaction 306.
Gemüthsverstimmung 173, 343.
Genealogie 66.
Generationsreihe 67.
Geruchstäuschungen 335.
Gesammtpersönlichkeit 306.
Geschlecht bei Paralyse 146.

Gesellschaftsstufe bei Paralyse 146.
Gesichtsausdruck 377.
Gesticulationen 119.
Gewichtscurven 225.
Gifte, gewerbliche 228.
Gipsabgüsse 22.
Goll 157.
Grenzen des Normalen 14.
Griesinger 11.
Grössenideen 89, 119, 165.
Grössenwahn 109, 148, 151, 384.
Gros 107.
Guislain 139.

H.

Hallucinationen 108, 251, 303, 340.
— alkoholistische 231.
— bei Paralyse 164.
Halsmark 58.
Haltungen 41.
Harmonie, prästabilirte 16.
Hebephrenie 378, 382.
Heilbronner 12.
Heimweh 313.
Heinroth 10.
Heiterkeit, Ausdruck der H. 119.
Hemianopsie 173, 175, 180, 184.
Hemiplegie 211, 215.
Hemmung 39, 77, 103.
— Entwicklungs-H. 196.
Herbart 11.
Herder 9.
Herdkrankheiten, cerebrale 36, 212.
— Gedächtnis bei H. 95.
Herdsymptome 171, 183.
Heredität 67, 146, 270, 367.
Herpes 155.
Herzinnervation 278.
Hinterstränge 51.
Hippokrates 139.
Hirnabscess 185.
Hirnatrophie, senile 188.
Hirnblutung 291.
Hirngewicht 154.
Hirnhäute, Entzündung der 138, 201.
Hirnschenkel 179.
Hirnventrikel 17.
Hitzig 12.
v. Hoelder 25.
Horizontale, *Rieger*'sche 204.
Hydrenkephalie 203.
Hydrokephalie 27, 28, 72, 76, 196, 202, 266.
Hydrokephalus externus 164.
Hypnose 40, 96, 110.
Hypochondrie 93, 117, 162, 253, 306.
Hypoglossus 142.
Hypophysis cerebri 175.
Hysterie 58, 82, 127, 160, 174, 267.
— Beeinflussbarkeit bei 110.
Hysteroepilepsie 245.

I.

Ideenassociation 115.
Ideenflucht 84, 161, 321, 323.
Ideler 10.
Identification 19, 21.
Idiotie 195.
Illusion 108.
Incohärenz 384.
Individualismus 8, 14.
Individualpsychologie 9, 96, 120.
Infectionen 229.
Infectionskrankheiten 109.
Influxus physicus 16.
Innervationsstörungen 277.
Innervationsverhältnisse 6, 36, 39, 81.
Intelligenzdefecte 148, 267.
Intelligenzschwäche 161.
Intelligenzstörungen 12, 216, 237, 279.
Interpunction 106.
Intoleranz 63.
— gegen Alkohol 243.
Intoxicationen 13, 65, 109, 149, 228.
Inventar des Wissens 98.
Iterativ-Erscheinungen 41, 84, 89, 92, 94, 117, 122.
Jendrassik 53.

K.

Kahlbaum 11.
Kant 10.
Katalepsie 40, 345, 353.
Katatonie 40, 78, 92, 93, 99, 103, 117, 122, 125, 137, 259, 309, 344.
— Sprache bei K. 84.
Keilform des Schädels 29, 200.
Kinematographie 42.
Kirchhoff 13.
Klang, Anomalieen des 83.
Kniephänomen 44, 147, 152, 175.
— bei Morphinismus 245.
— bei Tabes 60.
— Fehlen des 51, 143, 149, 155, 160.
— Latenzzeit bei dem 59.
— Steigerung des 143.
— zeitliche Verhältnisse 59.
Knochenwachsthum 221.
Körperbau 128.
Körpergewicht 5.
Körpermaasse 25.
Körpermessmethoden 23.
Körpermessung 5.
Koma 253.
Konstructionen a priori 11.
Kopfverletzung 174.
Krafft-Ebing 13.
Krämpfe 181, 213, 263.
Kraepelin 13, 384.
Kraniogramme 207.
Kraniographie 27.
Krankheitseinheiten 28, 138, 202, 281.
Krankheitsformen 4, 11.
— Schulkenntnisse bei verschiedenen K. 99.
Krankheitsgefühl 243.
Kritiklosigkeit 148.
Kropf 225.
Külpe 11.
Kurella 75.

L.

Lachkrämpfe 283.
Lähmung 43, 138, 154.
— spastische 33, 216.
Laut-Verdrehungen 105.
Lebensalter bei Epilepsie 273.
— bei Paralyse 141.
Lebensereignisse 95.
Lebensprognose 259.
Lebhaftigkeit von Vorstellungen 95.
Leibniz 8, 15, 123.
Leitung, centrifugale 51.
— centripetale 49.
Lesestörungen 96.
Lichtquellen 46, 56.
Localisation 17, 135.
Localisationstheorieen 12.
Locke 7.
Lombroso 19.
Lorenz 66.
Lumbalnerven 51.
Lumbalpunction 202.
Lyssa humana 260.

M.

Magenblutung 294.
Manie 110, 119, 125, 247, 249, 258, 275, 276, 326, 346, 377.
— periodische 91.
Masturbation 257.
Medicin, innere 4, 14.
Melancholie 117, 125, 127, 162, 195, 250, 272, 304, 311, 313, 316, 333.

Meningitis 256.
— cerebrospinalis 260.
Messblätter, Schädel- 27.
Messmethoden 11.
Messung, morphologische 18, 128.
Methoden, Uebertragung von 3.
Methode, statistische 31.
Meynert 11, 13.
Mikrogyrie 210.
Mikrokephalie 76, 137, 196, 202.
Missbildungen 142.
Mitbewegung, accommodative 51.
Mitbewegungen 55, 82.
Möbius 135.
Moment, affectives 126.
— mechanisches 44.
Monaden 8.
Monadenlehre 16.
Monographieen 11.
Morbus Basedowii 252.
Moritz 9.
Morphinismus 65, 150, 244.
Morphologie 4, 18, 23.
Müller 11.
Muskel-Contraction 53.
— -Gruppen 35, 37.
— -Physiologie 40.
Muskeln, Stärke der M. 35.
Muskelspannung 4, 35, 36, 43.
Muskelstarre 40.
Muskelsystem 43.
Muskeltonus 36.
Muskelzug 18.
Muskelzustände 16, 35.
Muskulatur, Arm-, Bein-, Gesichts-, Stirn- 37, 38.
Mutisums 78, 94.
Myoklonie 292.
Myxödem 220, 250, 315.

N.

Nachtwachen 65.
Naecke 75.
Nahrungsverweigerung 320.
Nahtverknöcherung 29, 200, 201.
Narben 240.
Narcotica 228.
Naturwissenschaft 136.
— Beziehungen der Psychiatrie zur 3.
Negativismus 36, 79, 94, 345.
Neigungen, zwingende 125.
Neologismen 185.
Nephritis 429.
Nervenkrankheit 65, 233.
Nervensubstanz 135.
Nervosität 167.
Netzhaut, Erregung der 107.
Neuralgie 278.
Neurasthenie 174.
Neuritis 50, 196.
Neurologie 4, 14.
Neurosen 261.
Nierenkrankheiten 65, 232, 233.
Normalpsychologie 100.
Nystagmus 176.

O.

Obsession 123.
Oculomotorius 51, 55.
Oculomotoriuskerne 50.
Oedem 220, 290.
Ohnmacht 291.
Ohnmachtsanfälle 242, 280.
Organisation, psychophysiologische 115.
Orientirtheit 78, 85, 87.
Orientirung 97.
Orthographie 104.
Ortsverwechselung 88.

P.

Pal 157.
Parästhesieen 155.
Paralexie 187.
Parallelismus, psychophysischer 16.
Paralogie 94, 117.
Paralyse, progressive 6, 82, 99, 118, 137, 138, 210, 314, 360.
Paranoia 118, 125, 127, 149, 239, 303, 307, 309, 338, 340, 361, 383.
— originäre 72.
— tarda 72.
Paraphasie 185.
Paresen 7.
Pathogenese der Formen 30.
Periodicität des Zitterns 81.
— von Symptomen 178.
Perseveration 84, 122.
Personenverkennung 89, 275, 351, 363.
Pessimismus 68.
Phantasiren 261.
Photographie 29.
Phrasen, Wiederholung von 93.
Phrenologie 17.
Physiognomie bei Cretinen 219.
Physiognomik 16, 17, 39.
Physiologie, cartesianische 8, 15.
Polyneuritis 79.
Porenkephalie 21, 33, 72, 76, 137, 196, 203, 210, 266.
Preyer 104.
Projection, optische 27.
Prostration 5.
Puerperium 65, 66, 259.
Pulsbeschleunigung 253.
Pulszahlen 177.
Pupilleu bei Epilepsie 55, 263.
Pupillenbeweguug 60.
Pupillendifferenz 142, 148.
Pupillenreaction 44.
Pupillenstarre 55, 141, 160, 166.
Pupillenverhältnisse 274.
Pupillenweite 55.
Psychiatrie, klinische 4.
Psychogenie 281.
Psychologie, dogmatische 3.
— empirische 3, 7.
— Entwickelung der 7, 17.
— experimentelle 12, 14.
— *Leibnizens* 15.
— normale 3.
— speculative 62.
Psychopathologie, wissenschaftliche 3.

Q.

Quadricepssehne 53.
Querulantenwahn 53.

R.

Raumanschauung 107.
Reaction auf Thiervisionen 231.
— Fehlen der 34, 77, 103.
— psychophysische 64.
— sprachliche 78.
— subjective 127.
— subjectivpräformirte 117.
— vergleichbare 94.
— Verlangsamung der 84.
Reactionslosigkeit 78.
Reactionszeiten, Verlängerung der 103.
Rechenfehler bei Paralyse 173.
Rechenvermögen 100.
Rechnen, Defecte im 164.
Recidive 359.
Referenten bei der Anamnese 61.
Reflex, Ablauf von 43, 57.
— Hemmung von 57.
— -Schema 14.
— Untersuchung der 7.
— -Zeit 14.
Regeneration 68.
Reihen, gedächtnismässige 100.

Reiz 13.
— Einheitlichkeit des 45.
— psychophysiologischer 77.
— Variation des 48, 57.
Reizbarkeit, epileptische 201.
— periodische 200.
Reize, Reihen von 47.
— Vergleichbarkeit der 47.
Reizerscheinungen, functionelle 285.
— motorische 243.
Remissionen 254.
Renaissance 15.
Reproduction 79.
— besonnene 95.
— gelegentliche 94.
— optische, plastische 20.
Rhythmik der Sprache 81.
Richter 157.
Rieger 12, 18, 26, 135, 203, 218, 225, 366, 371.
Rückenmark, Degeneration des 139, 154, 157, 212, 223.
Rückenmarkskrankheiten 50.

S.

Schädelabnormitäten 371.
Schädelbau 128.
Schädelformen 17.
Schädelknochen 18, 34, 196, 219.
Schädelmaasse 25.
Schädelwachsthum 17, 30, 201.
Schema, Untersuchungs-127.
Schilddrüse 220.
Schlaffheit bei Morphinismus 244.
Schlaganfall 276.
Schlaganfälle bei Paralyse 171.
Schlagfertigkeit 119.
Scholz 13.
Schreck 64, 65, 126.
Schrift, Form der 104.
— katatonische 355.
Schrift, Untersuchung der 104.
Schüle 11.
Schulkenntnisse 98, 167.
Schwachsinn 99, 120, 210, 237, 238, 273, 309, 315, 326, 361.
— angeborener 196, 221, 342, 376.
— degenerativer 64.
— moralischer 76, 373.
— prämaturer 367.
— primärer 72, 137, 367, 384.
Schwäche, psychische 151.
Schwanken 299.
Schweissabsonderung 5.
Schwindel 298.
Secretionsanomalieen 6.
Seelenvermögen 8, 17.
Sehnervenatrophie 142.
Selbstanklagen 319, 341.
Selbstbewusstsein 85, 110.
Selbstschädigung 312.
Selbstschädlichkeit 374.
Selbstüberschätzung 165, 201.
Selbstverletzung 205, 284.
Selbstvorwürfe 330.
Selbstwahrnehmung 3, 120.
Sensationen 108.
Sensorium 231.
— commune 17.
Sepsis 260.
Sexualtriebe 125.
Siechenhäuser 8.
Signalement, anthropologisches 25.
Silbenstolpern 155.
Simulation 285.
Sinnesempfindungen 8.
Sinnesgebiete 96.
Sinnestäuschungen 107, 108, 109, 244, 247, 333.
Sinnlosigkeit 89, 151.
Skelette 222.
Sklerose, multiple 137, 149.
Sömmering 17, 18.
Soldatenmisshandlungen 271.
Sommer 7, 10, 13, 75, 107, 135.
Somnambulismus 272, 275.
Somnolenz 253.
Sorgen 65.
Spannungszustände 182.
Species 102.
Sprache, Prüfung der 82.
— spontane 84.
Spracherscheinungen, automatische 85.
Sprachmusculatur 82.
Sprachstörungen 11, 83.
Sprachstörungen, paralytische 161.
— sensorische 183.
Sprachverdrehung 94.
Sprechweise, abgerissene 93.
— monotone 145.
— vibrirende 80.
Spuren von Vorstellungen 95.
Starrheit 39.
Stauungspapille 173, 175, 273.
Stereoskopie 21.
Stereotypie 41, 103, 122, 258, 309, 344, 345.
Stimmung, depressive 117.
Stimmungsanomalieen 117.
Stimmungsdelirien 118.
Stimmungswechsel 155, 328.
Stirnnaht 29.
Störungen, Periodicität von 160.
Stottern 82.
Stromschluss 59.
Stummheit 218.
Stupor 170, 311, 318, 346, 354.
Sturm und Drang 8.
Substantia cogitans 17.
Suggestibilität 111.
— verbale 354.
Sury 25.
Sympathicus 55.
Symptome, Gleichzeitigkeit von 109.
— greifbare 138.
— katatonische 258.
— negative 77.
— pathogenetische Verbindung von 119.
— Periodicität von 265.
— Verknüpfung von 109, 335.
Syphilis 66, 67, 161, 313, 321.

T.

Tabes dorsalis 147, 149, 151.
Taubstummheit 8.
Technik, physiologische 22.
Theilnahmslosigkeit 161.
Therapie, Brom- 279.
— chirurgische 259.
— Opium- 279.
Thiervisionen 170, 231, 241, 322, 330, 341.
Tobsucht 5, 7, 148, 168, 210, 249, 258, 274, 294, 322, 323, 324, 365.
v. Toeroek 18.
Toxine 229.
Tractus optici 175.
Trauma, Nervenkrankheiten nach 300.
Tremor 170, 233, 325.
Trugwahrnehmungen 108.
Trunksucht, periodische 242.
Tumor 50, 108.
Tumor cerebri 118, 137, 149, 168, 175, 291, 314.
— der Lendenwirbelsäule 58.
— Wirbelsäulen- 297.
Typhus abdominalis 254.
Typus 74.
— morphologischer 20.

U.

Ueberarbeitung 64.
Unbewusstes 126.
Unheilbarkeit 68, 357.
Unorientirtheit 80.
Unterbringung der Geisteskranken 10.
Unterredung 80.
Untersuchung, körperliche 4.
Untersuchungsbögen 117.
Untersuchungsmethoden, psychopathologische 84.
Urämie 7, 66, 137, 234, 248, 273.
Urinretention 355.
Urinuntersuchuug 7.
Ursachen 63.
— innere 65.
— von Psychosen 61, 65.
Urtheil 116.
Urtheilslosigkeit 105, 165.

V.

Vasomotoren 5.
Verblödung 268, 294.
Verblöduugsprocesse 6.
Verbrecher, geborene 76.
Vererbung 67.
Verfolgungswahn 109, 313, 339, 341.
Vergleichbarkeit von Associationen 112.
— von sprachlichen Reactionen 86.
— von Untersuchungen 127.
Verhältnisse, Körper- 64.
— morphologische 81.
— physiognomische 81.
Verletzungen 65.
Vermögen, seelische 17.
Verrücktheit 315, 325.
— hypochondrische 153.
— originäre 75, 137.
Verstand 8.
Verwachsung, Naht- 32.
Verwandlungsideen 319.
Verwirrtheit 5, 78, 95, 118, 182, 169, 173, 185, 233, 240, 249, 252, 254, 257, 258, 259, 315, 322, 325, 328, 344, 351, 363.
— chronische 139.
— hallucinatorische 137.
Vielgeschäftigkeit 248.
Vorleben 62, 64.
Vorstellung, Begriff der 123.
— Gegenstands- 115.
Vorstellungen 84.
— Beeinflussbarkeit durch V. 282.
— Bestand von 114.
Vorstellungsablauf 172, 251.
Vorstellungsgruppen von 96, 121, 122.
Vorstellungskraft 9.

W.

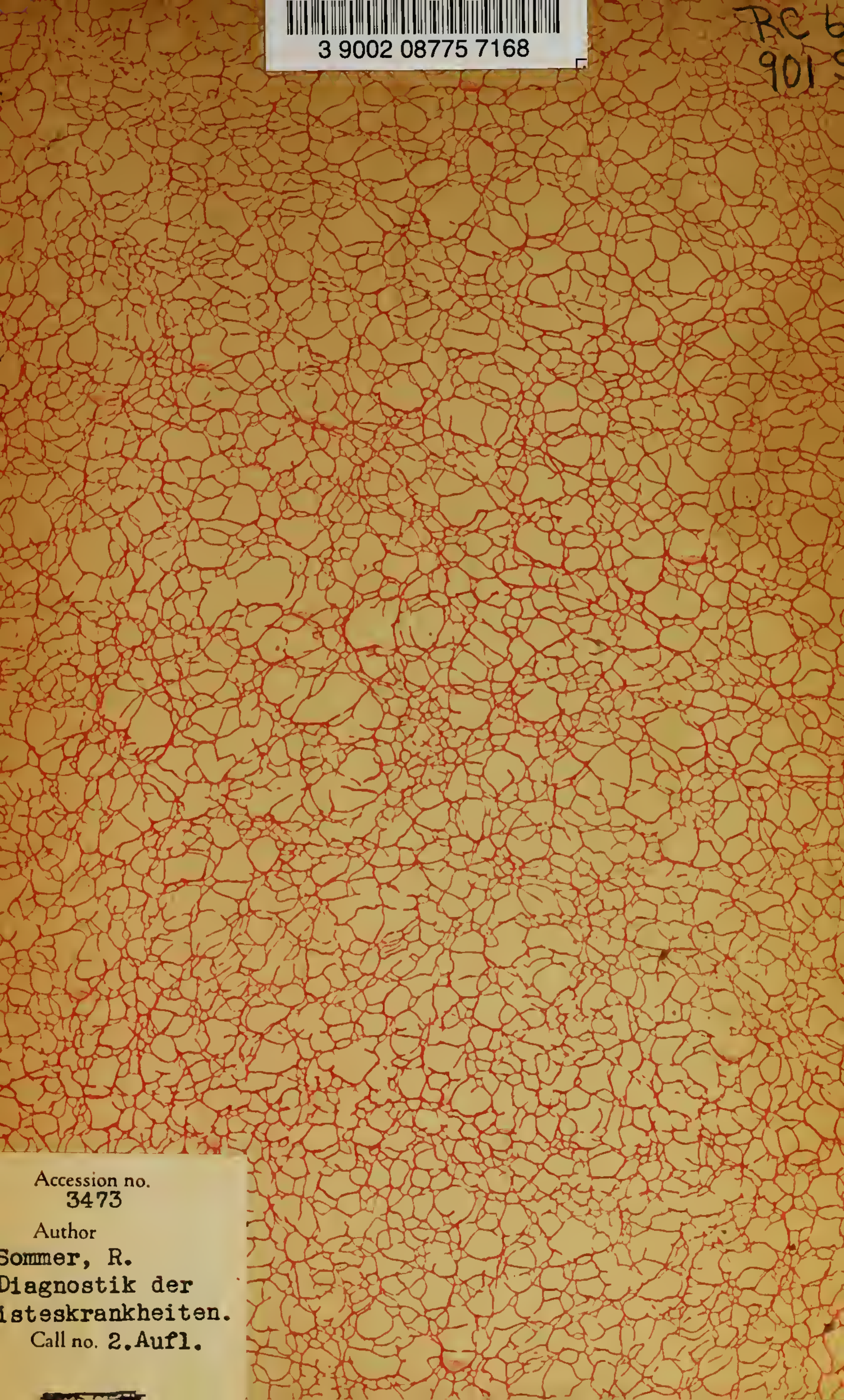
Wachsthumshemmung 211.
Wärme 5.
Wahnbildung 89, 118, 251, 334.
Wahnideen 93, 107, 109, 163, 248, 307.
— bei Delirium tremens 236.
Wahnsinn, hallucinatorischer 137, 255, 247, 337, 383.
Wahnsystem 384.
Wahnvorstellungen 99.
Wahrnehmung 107.
Wechselwirkung des Geistigen und Körperlichen 16.
Weigert 157.
Weltanschauung, Cartesianische 10.
— *Kant*'sche 10.
Wernicke 12.
Werthers Leiden 7.
Widerstand, psychomotorischer 35.
Wiederholung von Worten 116, 249.
Wille 8.
Wille, Richtung des W. 120.
— Störungen des W. 120.
— Constanz des 120.
Willenlosigkeit 120.
Willensschwäche 239, 246.
Willenssphäre 40, 121.
— Erregbarkeit der 121.
Willensstärke 121.
Wirbelcaries 51.
Wissenselemente 95.
Wortbildungen, hysterische 289.
Worterfindungen 92.
Wortgedächtnis 96.
Wortreichthum 91.
Wortverdrehungen 92.
Wreschner 116.
Wundt 11.
Wuthanfälle 369.

Z.

Zeichensprache 106.
Zeichnung 20.
Zeitbestimmung 78.
Zellgruppen 52.
Zerstreutheit 350.
Ziehen 13, 116.
Zirbeldrüse 16, 16.
Zittern 42, 81, 295.
Zuchthäuser 8.
Zucken 43.
Zuckungen 85, 175, 183, 257.
Zunge, Beweguugen der 82.
Zusammenhang, associativer 91.
— gedanklicher 109.
— grammatikalischer 84.
Zusammenhangslosigkeit 169.
— von Worten 105.
Zwang, Begriff des 123, 304.
Zwangshandlungen 309.
Zwangstriebe 305.
Zwangsvorstellungen 122, 304, 344.
Zwerchfellathmung 82.

Druck von Gottlieb Gistel & Cie. in Wien.

Date Due


3 9002 08775 7168
RC 6
901 S
Accession no.
3473
Author
Sommer, R.
Diagnostik der
isteskrankheiten.
Call no. 2.Aufl.

